

Skjerming i akuttpsykiatriske avdelinger

Hanan Koleib

Det samfunnsvitenskapelige fakultet



Universitetet
i Stavanger

Institutt for helse- og sosialfag

**Masteroppgave
i**

Helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv

**UNIVERSITETET I STAVANGER
JUNI 2009**

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: VÅR 2009

FORFATTER: Hanan Koleib

VEILEDER: Anne Norheim

BIVEILEDER: Alice Kjellevold

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk: Skjerming i akuttpsykiatriske avdelinger

Engelsk: Seclusion in an acute psychiatric setting

EMNEORD/STIKKORD/NØKKELOD:

Skjerming, relasjon, lovverk, personale, menneskesyn, integritet og verdighet

SIDETALL: 99

ANTALL ORD: 24629

STAVANGER ...29.06.2009.....

DATO/ÅR

SIGNATUR

Hanan Koleib

Forord

Å skrive masteoppgaven har både vært spennende og utfordrende. Spennende fordi det gav meg mulighet til å fordype meg i en problemstilling som jeg synes er viktig, og som førte meg til masse ny kunnskap. Utfordrende fordi det krevde en innsats av praktisk arbeid, spesielt i skriveprosessen. Det er flere personer som har gjort denne studien mulig å gjennomføre, og som jeg ønsker å takke.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til de 7 informantene mine, som lot seg intervju, og som ga meg et datamateriale som var rikt, spennende og frodig. Uten deres verdifulle bidrag hadde det ikke vært mulig å gjennomføre denne studien. Jeg er klar over at hverdagen er hektisk og er derfor takknemlig for at dere har prioritert tid til intervjuundersøkelsen. Takk også til akuttseksjonsleder som gav positiv respons på forespørsel om å få gjennomføre intervju med ansatte.

En spesiell takk til min veileder Anne Norheim og min biveileder Alice Kjellvold for faglige innspill, inspirerende diskusjoner, konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele perioden og god veiledning. Takk for at dere kom meg i møte, og viste meg vei. En takk til Universitetet i Stavanger, som har gitt meg sjanse til utdanning, og en ekstra takk til studiekoordinator Helene Hanssen. Bibliotekpersonalet har vært suverene gjennom hele studiet. Takk for velvillig oppleting av litteratur.

Å skrive masteroppgaven har ikke bare vært en utfordring for meg, men det har også krevd tålmodighet og støtte fra min nærmeste familie. Derfor vil jeg takke mine sønner Rami og Nader som har måttet ta hensyn til sin studerende mamma. Sist, men ikke minst, vil jeg takke alle personer som hele tiden hjulpet meg videre.

Stavanger 28. 06. 2009

Hanan Koleib

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	4
Sammendrag	6
1.0 Introduksjon	7
1.1 Bakgrunn for studien	9
1.2 Tidligere forskning	10
1.3 Hensikten med studien	15
1.4 Presentasjon av problemstilling	15
1.5 Kontekstuell ramme for studien	15
1.6 Avgrensninger	16
1.7 Studiens struktur	16
2.0 Teoretisk rammeverk	17
2.1 Psykoseforståelse	17
2.2 Lovverk om skjerming	19
2.3 Teori om skjerming	22
2.4 Menneskesyn	25
2.4.1 Syn på sykepleie	27
2.4.2 Syn på sykdom og behandling	27
2.5 Den gode relasjon	28
2.6 Relasjonskompetanse	30
2.7 Skjerming og grensesetting som en del av miljøterapi	33
3.0 Metodisk tilnærming	35
3.1 Vitenskapsteoretiske betraktninger	35
3.1.1 En hermeneutisk tilnærming	36
3.1.2 Egenerfaring og forforståelse	37
3.2 Valg av metode	38
3.2.1 Det kvalitative forskningsintervjuet	39
3.2.2 Utvalg	41
3.2.3 Intervjuguide	42
3.3 Gjennomføring av det kvalitative forskningsintervju	43
3.4 Analyseprosessen	44
3.5 Metodiske refleksjoner	47
3.6 Generaliserbarhet, validitet og reliabilitet	48
3.7 Begrensninger	51
3.8 Feilkilder	51
3.9 Ethiske overveielser	52

4.0 Resultatpresentasjon	54
4.1 Den gode relasjon	55
4.1.1 Personale og pasienter står i et relasjonelt forhold til hverandre	55
4.2 Personalets beskrivelse av skjerming	59
4.2.1 Å beskytte pasienten	59
4.2.2 Etske utfordringer i arbeidet	61
4.2.3 Tanke og følelse	63
4.2.4 Dilemma i skjerming	63
4.3 Personalet som redskap for å trygge pasient	65
4.3.1 Kompetanse	65
4.3.2 Medmenneske	66
5.0 Diskusjon	68
5.1 Diskusjon av studiens funn	68
5.1.1 Den gode relasjon	69
5.1.2 Personalets beskrivelse av skjerming	72
5.1.3 Personalet som redskap for å trygge pasient	74
5.2 Dilemma i skjerming	76
6.0 Konklusjon og anbefalinger	79
6.1 Konklusjon	79
6.2 Implikasjoner for praksis	80
6.3 Anbefalinger for videre forskning	81
7.0 Litteraturreferanser	82
Vedlegg	
Vedlegg nr. 1: Forespørsel til akuttseksjonsleder	90
Vedlegg nr. 2: Informasjonsskriv til informanter	92
Vedlegg nr. 3: Samtykkeerklaring	94
Vedlegg nr. 4: Intervjuguide	95
Vedlegg nr. 5: Godkjenning frs NSD	97
Vedlegg nr. 6: Svar fra REK	99
Figur- og tabelliste	
Tabell 1: Selvforståelsen	46
Tabell 2: Studiens funnene	54
Figur 1: Diskusjon av studiens funn	68

Sammendrag

Denne masteroppgaven handler om skjerming i akuttpsykiatriske avdelinger.

Hensikten med studien er å peke på noen utfordringer personalet møter i sitt daglige arbeid med skjermingspasienter. På denne måten skal dette være et bidrag til å skape en større forståelse for betydningen av god relasjon til skjermet pasient, slik at både skjermet pasienten og personalet kan få det best mulig sammen.

Skjerming er et svært utfordrende tiltak å gjennomføre for personalet, og sett krav til kunnskap og erfaring på dette området. Jeg har på bakgrunn av dette utarbeidet følgende problemstilling for denne studien: *Hvordan beskriver personalet skjerming og betingelse for en god relasjon i forhold til skjerming slik at pasientenes integritet og verdighet ivaretas?*

Ut ifra studiens problemstilling og teoretiske referanseramme, har jeg valgt en kvalitativ tilnærming. Det ”Kvalitative forskningsintervju” er metoden. Studiens informanter ble valgt ut gjennom et skjønnsmessig utvalg. Utvalget består av 7 erfarne informanter som alle arbeider med skjermingspasientgruppen ved den akuttpsykiatriske avdelingen. En halvstrukturert intervjuguide ble brukt som utgangspunkt for intervjuene. Intervjuet ble tatt opp på lydbånd. Til slutt denne type studien representerer en hermeneutisk prosess der deler og helheter har betydning for hverandre og utvikler en dypere forståelse for temaet.

Datasamlingen har fremkommet gjennom syv forskningsintervjuer med utvalget 7 erfarne informanter. Gjennom en kvalitativ tilnærming er det foretatt en tematisk analyse.

Studiens funn viser at gode relasjoner mellom pasient og personale er en grunnleggende faktor i en virksom skjerming. I denne relasjonen vil personalets faglige kompetanse, mellommenneskelige kompetanse og personlig egnethet spille en avgjørende rolle.

Resultatene viser at personalet ut i fra et humanistisk grunnsyn, med holdninger styrt av verdiene respekt, bekreftelse, lytting, forståelse, aksept og toleranse, gir et godt utgangspunkt for god relasjon.

Studien viser en del dilemma som kan legge hindringer for en utvikling av god relasjon. I en skjermingssituasjon må det utvikles en faglig bevissthet i forhold til hva begrensningene begrunnes i. Materialet viser også at kompetansen må styrkes, og at språket har en stor betydning i relasjonsbyggingen og at dialogen skapes og utvikles. Materialet kan også bidra til å forklare og begrunne dagens skjerming praksis.

1.0 Introduksjon

Temaet for denne masteroppgaven er: *Skjerming i akuttpsykiatriske avdelinger*.

Skjermingsmetoden vokste frem i løpet av 1970-tallet og ble fra 1980-tallet en av de mest sentrale metodene innenfor akuttpostene som et alternativ til isolat. Og ideelt sett skal ikke skjerming være tvang på linje med isolat, men brukes som behandling som gjør pasienten bedre (Norvoll, 2007). Lovverket åpner også for å beskytte andre pasienter mot en pasient som lider av sterk uro eller har utagerende atferd. Skjerming er regulert i "Lov av 2.juli 1999 nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevernloven (phvl)" som trådte i kraft i 2001. Vilåårene for skjerming ble noe endret i 2006 med ikrafttredelse 01. januar 2007.

Med "isolering" menes at man låser en pasient alene inn på et nakent rom, bare utstyrt med en seng for kortere eller lengre tid (2-4 timer) for å beskytte pasienten eller hans/hennes omgivelser, og for å kontrollere atferd og muliggjøre sykepleieomsorg /behandling (Lendemeijer, 1997:310). I psykisk helsevernlov er isolering definert som et tvangsmiddel, jf.phvl §4-8, bokstav b.

I juridisk forstand forstås skjerming som det at pasienten holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling samt omsorg for pasienten (Phvl§4-3). Formålet med skjerming er enten behandlingmessige eller beskyttelse av andre pasienter. Skjerming som juridisk begrep avviker mer eller mindre fra hvordan dette forstås helsefaglig.

I helsefaglig teori er skjerming omtalt på følgende måter: I følge Vaglum (1984:205) er Skjerming en metode som bl.a. tar utgangspunkt i akutt-psykotiske pasienters behandlings og omsorgsbehov. Det innebærer at et personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et oversiktlig og begrenset miljø – og inneholder elementer av grensesetting, struktur og stimulusbegrensning. Målet med denne metoden er å hjelpe pasienten til på nytt å fungere samlet og gjenvinne autonomi og kontroll over seg selv og sitt forhold til sine omgivelser.

I følge Hummelvoll (2004) er skjerming et behandlingstiltak og miljøterapeutisk tiltak, som blir mye brukt i psykiatrisk behandling. Holte beskriver skjerming som et viktig sykepleietiltak som ledd i miljøterapien. Skjerming innebærer et alvorlig inngripende tiltak overfor den enkelte og kan oppleves like negativt som isolasjon, og det har flere vanskelige

sider. Både menneskelige, moralske og etiske vansker ligger i skjermingstiltaket sin natur (Holte, 2001:14).

Skjerming er en meget kraftig form for intervensjon. Pasienten avsondres fra et naturlig fellesskap og å klart redusert mulighetene for å kunne påvirke egen livssituasjon. En slik situasjon aktualiserer tydelig de etiske sidene ved behandlingen, og disse utfordringene og dilemmaene må fokuseres og klargjøres slik at personalet kjenner den fine linjen mellom opplevd krenkelse og opplevd omsorg (Holte, 2000:43).

Måten skjerming gjennomføres på, kan i følge Strand ses både i relasjon til vanlige skjermingsprosedyrer og måter å forholde seg på ved gjennomføringen av disse. De fleste avdelinger som behandler psykotiske pasienter, utvikler egne prosedyrer for skjerming (Strand, 1992:100). Metoden organiseres også noe ulikt i sykehusene. Den behandlingsmessige begrunnelsen for skjerming har ofte vært knyttet til tenkningen om stimulireduksjon, struktur og/eller støtte (Vaglum et al, 1984:208).

Pasientens psykiske lidelser kan i ulike sykdomsfaser medføre tap av kontroll og selvinnsikt. De fleste pasientene på en akuttavdeling innlegges mot sin vilje, noe som kan oppleves som tap av personlig frihet. Skjerming er en ytterligere begrensning av pasientens frihet. Personalet vil i skjermingssituasjoner være i en stadig bevegelse mellom inngripen, kontroll, råd og veiledning, noe som innebærer ulike faglige utfordringer (Holte, 2000). Utfordringen ligger spesielt i det å oppnå pasienten sin tillit, og det å kunne, på en fleksibel og samtidig trygg og fast måte, hjelpe pasienten gjennom en svært vanskelig og vond periode i livet (Holte, 2000).

Pasientene som behandles ved disse akuttavdelingene, vil være knyttet til den enkelte avdeling for en kortere periode i sitt liv. Imidlertid kan denne perioden bli avgjørende for den enkeltes vekst og utvikling. For at dette skal skje er det viktig at de ansatte i miljøet har god faglig kompetanse og evner å forstå og samarbeide med pasientene ut fra et helhetsperspektiv. Helhetsperspektivet betyr i denne sammenheng at man ser den enkelte pasient som en kompleks, integrert helhet med en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon som skaper forskjellige behov (Hummelvoll, 2004).

Hvordan pasientens utsagn og væremåte oppfattes, og hvordan denne forståelsen gis tilbake, vil være avgjørende for pasientens opplevelse av å bli møtt og forstått i sin lidelse.

Intervensjonene må derfor bygge på en innlevende og faglig forståelse av pasientens lidelse og problemer. Her er forståelse og god relasjonen mellom personalet og pasienten viktig for å skape trygghet hos pasienten og kan bygges og opprettholdes gjennom en åpen holdning og det å lytte til pasienten og kjenne pasienten godt. Respekt, lytting, forståelse og toleranse er derfor av stor betydning i forhold til skjerming for de skjermingspasienter hverdag (Vatne, 2006). I denne masteroppgaven belyser jeg hvordan personalet beskriver skjerming og skaper gode relasjoner med pasientene i forhold til skjerming slik at pasientenes respekt, integritet og menneskeverd ivaretas med utgangspunkt i et tillitsforhold. Jeg søker videre å finne ut hva personalet, som har erfaring med skjermingssituasjoner, mener er vesentlig for å gjøre et best mulig skjermingsarbeid og få en god relasjon. Studien har to bærende ideer:

1. Å utvikle god relasjon mellom pasienter og personale, slik at den fremmer pasientenes bedring.
2. Å utvikle empirisk fundert kunnskap om hva som skjer i samhandlingen mellom personale og pasienter.

Ved bruk av kvalitativt forskningsintervjuet som metode med helsepersonellet ved den akuttpsykiatriske avdelingen vil jeg søke å få tak i de konkrete opplevelsene personalet har erfart i forhold til skjerming.

1.1 Bakgrunn for studien

Jeg har arbeidet som miljøterapeut med mennesker som har lidt av psykisk lidelse gjennom mange år. Disse menneskene gjorde et særlig sterkt inntrykk på meg. Jeg opplevde at jeg som miljøterapeut i møtet med pasientene stod ansikt til ansikt med menneskelige dramaer og uttrykk som ofte kom til syne i svært utilsørt form. Å være miljøterapeut i møte med disse pasientene opplevde jeg på den ene siden som spennende og utfordrende, og på den andre siden var det vanskelig og belastende. Ideen til denne masteroppgaven har vokst fram gjennom flere år i møte med disse pasientene i en psykotisk krisetilstand.

På bakgrunn av arbeidet med disse pasientene har jeg også stilt meg mange spørsmål i årenes løp. Blant annet har jeg vært opptatt av hvordan personalet var i møtene med pasientene. Hvordan oppfattet personalet pasientens psykotiske uttrykk, altså hva slags forståelse hadde personalet av pasientens verden? Hvordan møtte personalet pasientene som de syntes var vanskelig å forstå? Gikk personalet inn for å etablere en relasjon med pasienten eller "utøvde"

personalet sykepleie fra en distansert posisjon? Og ikke minst: Hva skjedde mellom personalet og pasientene?

Ut fra dette har jeg ønsket å skrive en masteroppgave med et ønske om å samle personalets synspunkter og erfaringer til noen holdepunkter, en basis, for tenkning omkring skjerming og betingelse for en god relasjon i forhold til skjerming slik at pasientenes integritet og verdighet ivaretas. Mitt ønskemål med forskningen i denne studien er at den skal kunne være et bidrag til å skape en større forståelse for betydningen av en nær og god relasjon til skjermingspasienter, slik at både pasientene og personalet kan få det best mulig sammen.

Med utgangspunkt i min egen erfaringsbakgrunn som miljøterapeut og min utdanning som sosiolog har jeg fra ulike posisjoner vært opptatt av dette temaet.

I tillegg finnes det ifølge Norvoll (2007) ingen omfattende studier som viser at skjerming hjelper mot eller kurerer for eksempel selvskading, og at vi mangler empiriskbasert kunnskap om hva som skjer i relasjoner mellom psykiatriske sykepleiere og skjermingspasienter. En annen viktig bakgrunn for denne studien er debatten om skjermingsmetoden i seg selv. I løpet av 1990-tallet har diskusjonen dreid seg om skjerming er behandling, tvang eller kontroll, og hvordan metoden best skal utformes i akuttpostene. Det viser seg spesielt i forhold til spriket mellom de profesjonelles behandlingsidealer og pasientens tilbakemeldinger (Norvoll, 2007).

1.2 Tidligere forskning

Forskning krever at forskeren gjør seg kjent med hva slags kunnskap som foreligger innenfor det området han/hun ønsker å gå inn i. På grunnlag av eksisterende kunnskap vil nye spørsmål formuleres. På denne måten vil forskningen bidra til noe mer enn usammenhengende resultater (Hellevik, 2003).

Ut i fra min problemstilling ble litteraturen søkt i ulike databaser: BIBSYS, SveMed, Cochrane, Medline og Psychinfo med søkeordene på (No/Eng) skjerming, psykiatrisk behandling, psykosebehandling, sykepleier-pasient relasjon, profesjonell-pasient relasjon, terapeutisk relasjon, schizofreni, psykose / seclusion, patient-isolation, psychotic disorders, social isolation, schizophrenia, conversation, therapeutic relationship, nurse-patient relations, professional-patient relations. Ut i fra søkeordene fikk jeg svært mange treff. I tillegg har jeg arbeidet med utgangspunkt i referanselister i litteratur. Utvalget av litteratur er gjort på

bakgrunn av forforståelse og det jeg oppfatter som sentral teori innenfor skjerming. Noe av litteraturen ligger noen år tilbake i tid, men er fortsatt aktuell, og det henvises til den i nyere litteratur. Innenfor forskningslitteratur vil jeg trekke frem litteratur som gir viktige innspill i forhold til studiens problemstilling.

De fleste studiene om isolat og skjerming finnes innenfor klinisk forskning. Disse studiene viser at isolatet internasjonalt har vært den viktigste formen for lukket rom (Alty og Mason 1994, Alty 1997). Bruk av "isolation" eller "seclusion" er vanlig praksis i mange land. Norge og Danmark er de eneste landene som benytter begrepet *skjerming* som spesifikt begrep prinsipielt adskilt fra isolat (Norvoll, 2007). I Norge er antallet kliniske studier av skjerming begrenset. Den kliniske forskningstradisjonen om skjerming har opprinnelig bakgrunn i psykoseforskningen og forskning på avdelingsmiljøer (bl.a. Friis, 1984). Det har vært gjennomført noen kvalitative, sykepleiefaglige studier som omtaler skjerming (Holte 2000, 2001, 2003, Karlsson 2004, Vatne 2003).

Disse studiene viser blandede erfaringer. Noen opplevde skjermingen som trygghet, andre som straff, på samme vis som ved isolering (Myhrer 1993, Holte 2003, Karlsson 2004, Wynn, 2003, 2004, Iversen 2002, Sørgaard 2004, Norvoll 2007). I to danske spørreskjemaundersøkelser var pasientene ofte fornøyde med skjermingen (Kielberg og Jensen 2003, Poulsen m.fl. 2005). Legeforeningens gjennombruddsprosjekt for reduksjon av tvang i psykiatrien (Mathiesen og Føyn 2002) og en annen norsk undersøkelse (Sørgaard, 2004) viser at skjerming utgjorde en viktig faktor for opplevd bruk av tvang, ofte i negativ retning. Pasientene var mindre fornøyd med skjerming enn personalet. Flere pasienter opplevde også mangelfull og passiv oppfølging fra personalets side inne på skjermingsrommet (Norvoll 2007, Iversen 2002).

Svein Friis (1984) gjennomførte en studie hvor han så på hvilket behandlingsmiljø som var gunstig for ulike pasientgrupper. Hans erfaringsbaserte utgangspunkt var at et miljø som for noen pasienter var terapeutisk, kunne være direkte uterapeutisk for andre. Funnene viste at utformingen av behandlingsmiljøet måtte baseres på pasientens grad av patologi og interesse for selvforståelse. Disse to områdene ville så innvirke på valg av behandlingsmetoder og varighet av oppholdet. Studien til Friis har vært viktig i forståelse og utforming av dagens terapi.

Flere undersøkelser viser at pasientene opplever relasjonen mellom pasient og stab som det viktigste ved sykehusbehandlingen (Røssberg, 2005). Røssberg refererer til andre undersøkelser som viser at de relasjonelle aspektene pasientene la vekt på, var at personalet skulle være empatisk, interessert og forståelsesfullt. Tilsvarende fant Johansen og Eklund (2003) i en kvalitativ studie at kvaliteten på relasjonen mellom pasient og stab - samt å bli forstått - var viktigst for god behandling.

Johansson og Eklund (2003) sin studie som retter fokus mot pasientens opplevelse av sykepleier- pasient forholdet, trekker frem følelsen av å bli forstått som sentralt. Det at pasienten gjennom kommunikasjonsprosessen og samarbeidet med sykepleieren får en opplevelse av et samarbeidsforhold preget av varme, empati og forståelse, blir ansett som viktig. Et annet moment som studien mener er av betydning er at pasienten opplever en tilgjengelighet fra sykepleierens side. I dette ligger at sykepleieren har god tid i kommunikasjonen og benytter seg av dette på en måte som skaper en trygg atmosfære.

I Olofssons (2000) studie uttrykte for eksempel pasientene følelser av ikke å få være involvert i egen behandling, og at de opplevde miljøterapien som meningsløs og ikke bra. De opplevde seg avmektige, at de ikke ble lyttet til, og at de uansett ville bli utsatt for tvang på en eller annen måte. De fremhevet ofte tvang som det å få sanksjoner dersom de ikke gjorde slik personalet sa. Pasientene fortalte at relasjonen og kontakten med personalet var svært viktig. Kontakt, i form av nærhet og oppmerksomhet fra leger og sykepleiere, reduserte opplevelsen av ubehag og fikk dem til å kjenne seg tryggere i forhold til tvangen. Studien understreker behovet for en åpen og levende dialog og felles refleksjon mellom de ulike gruppene av psykiatriske personalet og pasientene da de er gjensidig avhengig av hverandre i behandlingen (Olofsson, 2000). Også andre studier viser at informasjon og det å bli hørt, sett og møtt med respekt, reduserer tvangsopplevelsen (Svindseth 2007, Norvoll 2007).

Hem (2000) søkte å skape kunnskap om hva som karakteriserer relasjoner mellom psykiatriske sykepleiere og psykotiske pasienter i en psykiatrisk akuttavdeling. Resultatene av hennes studie viser at disse relasjonene er motsetningsfylte og flertydige. Hun skisserer tre dilemmaer: medmenneske versus fagperson, å være ansvarlig versus ikke ansvarlig og møte pasienten som person versus kasus. Hun konkluderer at en større bevissthet på dilemmaer kan videre bidra til at sykepleiere utvikler et klarere fokus på hvilke handlinger som er de riktige og beste i den enkelte situasjon. Eller sagt på en annen måte: en sterkere bevissthet på

dilemmaer fører til at sykepleiere i større grad kan oppleve seg som ansvarlige aktører i relasjoner mellom seg og psykotiske pasienter.

Holte (2003) viser i sin artikkel hvordan man gjennom en handlingsorientert forskningsstrategi med fokusgrupper som dataskapingsmetode kan utvikle en ny og velbegrunnet praksis i forhold til skjermingsmetoden. Forutsetningen er at personalet utvikler et funksjonelt språk for praksis og en praksiskunnskap som impliserer bevissthet om at det er de ”små avgjørende detaljene” i samspillet mellom personal og pasient som kan utgjøre forskjellen mellom en krenkende og en integritetsbevarende praksis. Artikkelen fokuserer på bl.a. etiske dilemmaer knyttet til skjerming. I denne forbindelse legger Holte frem en dynamisk refleksjonsmodell for skjermingspraksis.

Solfrid Vatne (2003) gjennomførte et doktorgradsarbeid med tema: *Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Studien fokuserer på grensesetting som er et behandlingstiltak innenfor miljøterapi. Hennes oppfatning er at miljøterapi stiller bestemte krav til relasjonen mellom pasient og miljøpersonale. Hun representerer nyere tenkning rundt miljøterapeutisk virksomhet og påpeker viktigheten av å forstå hvilke handlinger som er gode og hvorfor noen handlinger er bedre enn andre. Hun tematiserer det relasjonelle forhold mellom pasient og terapeut og henviser til nyere litteratur (Miller, Hubble & Duncan 1999, Hewitt & Coffey 2005), som påpeker at ”ikke-spesifikke kvaliteter ved relasjonen til pasienten er av større terapeutisk betydning enn spesifikke terapeutiske teknikker. Sentrale kvaliteter som er nevnt, er å bli møtt av terapeuten med respekt, varme, tillit, ekthet og ikke-dømmende tilbakemeldinger. Spesielt er empatisk sensitivitet fra terapeuten holdt fram som en grunnleggende egenskap” (Vatne, 2006, s. 29). Vatne tematiserer forståelse og kunnskap hos miljøterapeuten som en viktig del av miljøterapeutisk virksomhet.

Emrich (1989) og Cleary & Edwards(1999) viser at sykepleiere opplever at akuttavdelingens uforutsigbare virkelighet er et hinder for å være sensitive overfor det som foregår i relasjonen mellom dem og pasientene.

En studie av **Bray (1999)** viser at sykepleiere som sitter fastvakt tar, i bruk distanserende teknikker, for eksempel ved å flytte seg langt bort fra pasienten og ved å fordype seg i lesestoff. Sykepleierne gir uttrykk for at nærhet til pasienten oppleves som emosjonelt svært krevende. Dette kan man si hindrer sykepleieren i å se pasienten som person - altså med den følge at pasienten møtes som et kasus.

Hubble (1999) sine studier viser at i bedringsprosesser finnes det fire hovedfaktorer som forklarer en tilfriskning. Pasientens styrke sammen med støtte fra omgivelsene og egen deltagelse i sosiale sammenhenger kan forklare førti prosent. Relasjonelle kvaliteter slik som empati, omsorg, varme, aksept, bekreftelse og oppmuntring representerer tretti prosent. Håp, forventninger og det at det skjer noe, utgjør femten prosent. Det samme gjør prosedyrer relatert til bestemte metoder. Hovedvekten i tilfriskningen ligger altså på pasientens egen styrke, støtte fra omgivelsene og i positive relasjonelle erfaringer.

I Altys (1997) undersøkelse var sykepleierne smertelig klar over farene ved bruk av isolasjon, men de mente at med de riktige indikasjonene er det en nødvendig intervensjon. Flere av sykepleierne argumenterte for å beholde eller utvide antall isolater samtidig som de hadde begrensede erfaringer med alternative løsninger. Forskningen antydte at sykepleierne trengte undervisning og opplæring i bruken av isolasjon og alternative løsninger.

Et av **Norvolls** funn er at bruk av skjerming for å få ro på avdelingen kan virke mot sin hensikt: Skjerming fører til økt uro, fordi pasientene motsetter seg behandlingen så kraftig. Selv om personalet kunne se fordeler ved bruk av skjerming, synes det også som om det å ha mange regler, låste dører til skjermingsrommet og lignende, skapte konflikter, fysisk kamp og mistillit som var belastende både for pasientene og personalet (Norvoll, 2007).

I fag- og forskningslitteraturen finner skjerming og relasjonsbehandling beskrevet i teoretisk litteratur fra ulike fagdisipliner. Bøkene og forskningslitteraturen bygger på erfaringskunnskap som knyttes til ulik teoretisk forståelse. Av sentrale norske forfattere vil jeg henvise til Strand (1992), Holte (2000,2001,2003), Karlsson (2004), Vatne (2003,2006), Hummelvoll (2004). og Norvoll (2007).

Gjennomgang av fag- og forskningslitteratur viser at det finnes mye kunnskap om skjerming. Skjerming er en relativt hyppig anvendt metode i møtet med mennesker i en akutt psykotisk og/eller agitert tilstand som trenger et særlig beskyttet miljø og beskyttende miljøbetingelser (Holte, 2001). I følge Norvoll (2007) tyder samhandlingsforløpene inne på skjermingsrommet og pasientenes opplevelser av oppholdet på at det er behov for å utvikle mer tillit og dialogbaserte, frivillige og omsorgsfulle samhandlingsformer for å redusere kommunikasjonskløften i behandlingssituasjonen og opplevelsen av konflikt og krenkelser.

Den viser også at fremsatt kritikk er relevant, og at skjerming trenger å vise og begrunne tydeligere hva skjerming innebærer. Skjerming er ikke bra for alle pasientene. Behandlingen

må individualiseres med utgangspunkt i pasientenes funksjonsnivå og pasients situasjon. Med utgangspunkt i litteraturgjennomgangen vil jeg fokusere mer på personalets rolle i å skape en god relasjon med skjermingspasienter.

1.3 Hensikten med studien

Hensikten med studien er å peke på noen utfordringer personalet møter i sitt daglige arbeid med skjermete pasienter. På denne måten skal dette være et bidrag til å skape en større forståelse for betydningen av god relasjon til skjermete pasienter, slik at både skjernet pasient og personalet kan få det best mulig sammen.

1.4 Presentasjon av problemstilling

Studien er en empirisk undersøkelse som vil dreie seg om hva som vektlegges i skjerming som metode til denne pasientgruppen. Gjennom intervju med personalet som arbeider med skjermingspasienter, søker jeg å innhente deres synspunkter og erfaringer om skjerming og ser så dette opp mot teoretiske rammeverk og tidligere forskning.

Dette leder frem til studiens problemstilling:

Hvordan beskriver personalet skjerming og betingelsene for en god relasjon i forhold til skjerming slik at pasientenes integritet og verdighet ivaretas?

Problemstillingen utdypes videre ved følgende forskningsspørsmål:

- Hva er de viktigste utfordringene personalet møter i forhold til pasient som har et sterkt behov for skjerming?
- Hvordan beskrives relasjoner mellom personalet og skjermingspasienter?

1.5 Kontekstuell ramme for studien

En akuttpsykiatrisk post er særpreget av korte innleggelser der fokus er vurdering, testing /medisinering og stabilisering, og etablering av en funksjonell rolle innenfor modellen om sammenhengende psykiatritjenester (McGihon, 1999). Studien retter seg mot en akuttpsykiatrisk avdeling ved et psykiatrisk sykehus. Dette er en post som er en av flere innenfor en større avdeling ved sykehuset som jobber primært med psykoseproblematikk og rehabilitering av pasienter med psykoselidelser. Posten tar i utgangspunktet i mot alle

pasienter, uavhengig av kjønn og alder. Hovedtyngden av pasientene er i aldersgruppen 23-60 år.

1.6 Avgrensninger

Denne studien retter seg mot skjerming i akuttpsykiatrisk avdelingen. Denne gruppen pasienter som skjermes, er som kjent meget sårbar og trekkes ikke inn i undersøkelsen. Oppgavens avgrensninger er at den tar for seg den pasientgruppen som blir skjermet etter et formelt vedtak om skjerming (Phvl.§ 4-3). Studien har fokus på relasjonen og samhandling mellom helsepersonellet og skjermet pasienter, og utfordringene i forhold til det.

1.7 Studiens struktur

Etter dette introduksjonskapittelet følger kapittel to som klargjør det teoretiske rammeverket. Her vil relevant teori som bidrar til å belyse hvordan personalet beskriver skjerming og betingelsene for en god relasjon i forhold til skjerming slik at pasientenes integritet og verdighet ivaretas trekkes inn, samt lovverk om skjerming gjøres det rede for. I kapittel tre omhandles studiens metode med vekt på datainnsamlingsprosessen.

Datainnsamlingen er gjort gjennom kvalitative forskningsintervju med erfarne psykiatriske sykepleiere ved akuttposten og det er benyttet en hermeneutisk forankret analyse med bruk av Kvaales (2006) analyseprinsipper. Beskrivelse av min egenerfaring og forforståelse samt etiske overveielser relatert til studien finnes også her. Kapitlet inneholder også en kritisk gjennomgang av anvendt metode. Hvordan empirien systematisk er samlet og bearbeidet, kan si noe om generaliserbarhet, validitet og reliabilitet. Forskjellige valg som er gjort på bakgrunn av studiens begrensninger og rammer, vil også nevnes. Videre kort om feilkilder. Til slutt vil etiske overveielser diskuteres. I kapittel fire presenteres studiens funn gjennom en strukturell analyse. I kapittel fem diskuteres studiens funn opp i mot det teoretiske rammeverket og tidligere forskning. I kapittel seks gjøres en oppsummering hvor jeg konkluderer funnene. Videre til slutt kommer jeg med implikasjoner for praksis og anbefalinger for videre forskning.

2.0 Teoretisk rammeverk

Dette kapittelet har til hensikt å belyse sentrale og relevante teoretiske perspektiver, sett i lys av problemstillingen. Skjerming er kjernen i studien. Betingelsene for at en god relasjon forekommer, blir gjenstand for fordypning. Jeg vil presentere relevant teori om psykose og psykoselidelse. Etter det vil jeg omtale skjerming som begrep og sette praksis i dag i historisk perspektiv, samt ta for meg lovverket om skjerming.

2.1 Psykoseforståelse

Skjerming ble opprinnelig etablert som behandlingsmetode for akutte psykoser og ved urolig atferd ved psykoser (Vaglum, 1984). En stor del av pasientene som ble innlagt, befant seg i en psykotisk krisetilstand, og de fleste pasienter som blir skjermet i akuttpsykiatriske avdelinger, har en psykoselidelse. Kunnskap om psykoser og de utfordringer denne lidelsen representerer, er viktig for å benytte en skjermingsmetode som skal tilrettelegge et terapeutisk miljø for denne pasientgruppen. Hvordan vi som helsepersonell møter og forstår en person i et psykotisk sammenbrudd, utledes av de modellene og begrepene vi har for å systematisere og forstå lidelsen. Det er nødvendig å ha en bevisst og reflektert forståelse av psykosen som lidelse/sykdom for å kunne gjennomskue og håndtere de livsbetingelsene personene lever under. Dette er grunnlaget for å nå inn til personen i samhandling og relasjonsbygging.

Kringlen (2001:120) definerer psykose slik:

”En psykose er vanligvis et sammenbrudd i individets rasjonelle og emosjonelle mestring av sin situasjon. Pasienten har mistet taket på virkeligheten og oppfører seg uvanlig. Den psykotiske har ikke sykdomsinnsikt, men er overbevist om at symptomene er reelle og forårsaket av påvirkning utenfra”.

Cullberg (2001) betoner at i psykosen er virkelighetsoppfatningen brutt, og omverdenen tolkes på en slik måte at andre ikke forstår den. Strand (1992) viser hvordan psykodynamisk teori har gitt modeller som bidrar til en forståelse av psykoselidelser. Sentralt i Strands tenkning ligger at psykosen representerer en tilbaketrekning fra en felles virkelighet, og at dette er en problemløsningsstrategi for å takle opplevd stress og påkjenninger. Med bakgrunn i en slik tilbaketrekning mener Kristoffersen (2002) at etablering av kontakt med psykotiske mennesker krever hardt arbeid. Personalet må ikke komme så nær at pasienten føler seg invadert. Cullberg (2001) beskriver den akutte psykosen som et sammenbrudd i personens

evne til å opprettholde kontinuitet og sammenheng i sin forståelse av verden. Green (1996) hevder at kognitiv svikt har større sammenheng med funksjonssvikt i dagliglivet enn det som kan relateres til de psykotiske symptomene. Å forstå psykosen er et møysommelig arbeid som man mest sannsynlig aldri kommer helt til bunns i, noe Cullberg (2006:271) beskriver på en god måte:

”Å forstå meningen med de psykotiske symptomene er ikke det samme som å forklare hvorfor psykosen har oppstått, eller å kunne behandle den. Men det er alfa og omega i all psykosebehandling at en tidlig bestreber seg på å forstå det pasienten kommuniserer – eller ikke kommuniserer”.

I enkleste forstand kan psykose forklares som ”drøm i våken tilstand”. Et sentralt moment ved psykosen er at pasienten i stor grad går inn i en tilbaketrekning fra en felles menneskelig virksomhet. Dette å ha begrenset evne til å delta i en sosial setting, dele seg selv med andre og samtidig å være en del av andres liv, er en beskrivelse som til dels kan være dekkende. Psykoseproblematikkens kjerne kan minne om en grenseløshet pasienten opplever i forhold til seg selv og andre. Det kan være vanskelig å skille mellom fantasi og virkelighet, tidsoppfattelsen kan bli uklar, den manglende evnen til realitetstesting kan føre til at allmaktsfølelser blir fremtredende, og man kan se en gjennomgående problematikk rundt manglende evne til å utsette behov. Det er primærprosessen som overtar, og pasientens møte med omverdenen blir preget av primærprosesstenkning og realitetsbrist (Strand 1992:30).

Strand (1992) skriver at psykose kan være så altomfattende og voldsomt som Niagarafossen, og den kan være som små bekker i et stort landskap. Dersom vi som pleiere skal kunne møte personen med en intensjon om å forsøke å gå inn til personen, bygge relasjon og fremme meningsdannelse, må vi ha modeller som kan skape mening og sammenheng også for oss. En målrettet skjermingsmetode til mennesker med en psykoselidelse må ta utgangspunkt i pasientens sårbarhet. Personalet må ha kunnskaper om hva pasienten trenger for å klare å gå inn i relasjoner til andre mennesker. I denne forståelsen vil tillitt og trygghet ligge som hjørnesteiner (Strand, 1992). Og nettopp dette understrekes.

2.2 Lovverket om skjerming

Frem til gjeldende lov om psykisk helsevern var ikke skjerming rettslig regulert. Men skjerming har vært brukt i psykiatriske institusjoner. I den tidligere lovgivning fra 1961 var isolering det regulerte tvangsmiddelet.

I Norge var isolat og fastvakt på enerommet de viktigste formene for lukkede rom innenfor sykehusene frem til begynnelsen av 1970- tallet (Norvoll, 2007). Skjerming var brukt innenfor institusjonene på slutten av 1970- tallet og utover på 1980-tallet. Den første diskusjon om skjerming finnes i NOU (1988:8) *Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke*, som omhandler bruk av tvang innenfor psykisk helsevern. Lovregulering av skjerming ble avvist med den begrunnelse at skjerming er en naturlig behandlingsmetode og ikke kan sammenliknes med tvangsbruken og faren for misbruk som ved isolering i enerom.

Derimot var isolering rettslig regulert.

”Med isolering menes at man låser pasientene inne for kortere eller lengre tid i godkjent isolat. Begrepet brukes primært juridisk og er definert som et tvangsmiddel, og kan anvendes over kort tid (2-4 timer) for at muligheten til behandling ikke forspilles, eller over lengre tid dersom hensikten er å forhindre at pasienten skader seg selv eller andre, men kun når lempeligere midler har vist seg forgjeves”. (Lov om psykisk helsevern, 1961)

De negative holdningene til isolatbruken førte til restriksjoner i 1977, og disse ble ytterligere forsterket i nye forskrifter fra 1983.

”Isoleringen skal i så fall vanligvis ikke vare mer enn 2 timer, og kan maksimalt vare inntil 4 timer dersom det er personale tilstede i rommet”
(FOR. § 2. I-1035/83 av 15. juli 1983).

Lovens restriksjoner vanskeliggjorde bruk av isolat innenfor postene. Innenfor de norske sykehusene på 1970-tallet ble isolering på enerom begrunnet med behovet for stimulireduksjon, struktur, grensesetting og ansvarliggjøring av pasienter (Sørhaug 1977, Aaslestad 1997). Skjerming ble derimot tatt i bruk i større grad.

I løpet av 1990-tallet kom det stadig flere klager fra pasienter som opplevde skjerming som frihetsberøvende og krenkende. Den helsepolitiske debatten som fulgte disse klagene, førte til at skjerming over 48 timer ble lovregulert i den nye psykiske helsevernloven av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern som trådte i kraft 1. januar 2001.

Slik loven da lød, kunne en pasient som led av sterk uro eller som hadde utagerende adferd, holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltok i undersøkelse og behandling samt omsorg for pasienten. Dersom tiltaket ble opprettholdt ut over 48 timer, skulle det treffes vedtak. Dersom det ikke ble truffet nytt vedtak etter tre uker, bortfalt vedtaket (da gjeldende § 4-3).

Skjerming er ikke et tvangsmiddel. I mange tilfeller vil skjerming være et tiltak som kan forebygge at det oppstår nødsituasjoner som nødvendiggjør bruk av tvangsmidler. I situasjoner hvor personalet for eksempel observerer tiltagende uro eller angst hos pasienten, kan skjerming på et tidlig tidspunkt motvirke at pasientens tilstand forverres og kommer til uttrykk gjennom aggressiv atferd. Skjerming benyttes som et terapeutisk virkemiddel for den enkelte pasient. Siktemålet er å motvirke kaos, samle og roe ned pasienten gjennom et begrenset miljø for pasienten. Dette gjøres ved å avgrense kontakt med det øvrige samfunn gjennom besøks, telefon og brevrestriksjoner, og å regulere utgangen av avdelingen eller at pasienten må oppholde seg på lukket avsnitt eller eget rom. Skjerming benyttes også av personalet av miljøterapeutiske hensyn for å avlaste andre pasienter for en pasients uro eller ukritiske atferd (Ot.prp. nr. 11, 1998–1999, punkt 8.3).

Bestemmelsen om skjerming lyder etter gjeldende regulering slik:

Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten.

Det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 24 timer. Dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller liknende som innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 12 timer. Vedtak om skjerming skal nedtegnes uten ugrunnet opphold. Vedtak kan bare treffes for inntil to uker om gangen (phvl.§4-3).

På bakgrunn av at skjerming anses å kunne være svært inngripende overfor pasienten, ble det foretatt endringer i phvl. § 4-3 som innebærer en strengere regulering av tiltaket, når det gjelder de formelle sidene, mens vilkårene for når skjerming kan nyttes, er utvidet noe. For det første er det satt kortere frister for når vedtak må treffes. Som hovedregel må vedtak treffes ved bruk av skjerming utover 24 timer, og vedtaket kan bare treffes for to uker om

gangen. Ved overføring til skjermet enhet eller lignende som innebærer en betydelig endring av pasientens omgivelser eller bevegelsesfrihet, må vedtak treffes innen 12 timer.

For det andre er det gjort endringer i kriteriet for bruk av skjerming slik at tiltaket i tillegg til uro og utageringssituasjoner også kan være aktuelt i tilfeller der en pasient er suicidal eller kataton ("Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig...").

Aktuelle situasjoner kan være: Pasienten mangler kontroll over impulser som gjør at vedkommende kan skade seg selv. Pasienten er ikke i stand til å sortere og vurdere sanseinntrykk verken ved egen hjelp eller ved støtte fra kyndig personale, Pasienten "blamerer" seg i miljøet (verbalt eller adferdsmessig). Pasienten er selv ikke i stand til å trekke seg tilbake og beskytte seg, og/eller at pasienten på grunn av sin adferd kan skade medpasienter fysisk, eller skape angst og utrygghet som kan forverre medpasientenes psykiske helsetilstand. Tiltaket skal være nødvendig av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter (Syse, 2007).

Det er også fastsatt en *egen forskrift* om skjerming som gir nærmere regler for hva skjerming kan omfatte, og i hvilke situasjoner det er adgang til å benytte tiltaket. Vedtak om skjerming og om forlengelse av skjerming kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende. I forskriften defineres skjerming slik:

Skjerming innebærer at pasienten ikke får ta del i aktiviteten i fellesmiljøet på vanlig måte, holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling samt omsorg for pasienten, og at han eller hun får begrenset bevegelsesfrihet og selvbestemmelsesrett. Tiltaket kan også innebære restriksjoner med hensyn til for eksempel tilgang til bestemte ting eller utgangsmulighet (Sosial- og helsedirektoratet 2006:14).

Kontroll ved at helsepersonell ved institusjonen til enhver tid har visuell kontakt med pasienten - vil ikke i seg selv være å anse som skjerming. Det innebærer normalt ikke at pasienten gis restriksjoner på hvor vedkommende kan oppholde seg. Pasienten kan bevege seg fritt også blant andre pasienter og helsepersonell. Tiltaket vil dermed ikke i seg selv falle innunder definisjonen av skjerming. Skjerming av behandlingsmessige hensyn kan for eksempel være å begrense pasientens sanseinntrykk (FOR 2006-12-15 nr. 1423).

Ved å benytte skjerming får pasienten mer ro, og man oppnår en reduksjon av alle inntrykk og stimuli som virker uheldig inn på pasientens aktuelle sinnstilstand. Skjerming kan derfor i mange tilfeller forebygge at det oppstår en nødsituasjon som nødvendiggjør bruk av tvangsmidler. Rent praktisk gjennomføres skjerming ved at pasienten anvises til opphold i det rom pasienten blir tildelt ved institusjonen, eller til en enhet spesielt tiltenkt slik bruk.

Ved skjerming skal pasienten skånsomt følges inn på en enhet spesielt tilrettelagt for å kunne oppleve beskyttelse, trygghet og gjenvinning av kontroll. Begrunnelsen for skjermingen skal formidles klart og forståelig slik at vedkommendes rettigheter ivaretas. Skjerming skal oppheves når pasienten er i en slik tilstand at en oppnår god kontakt, og at pasienten har tilstrekkelig kontroll over egen adferd, og at vedkommende kan forholde seg til enkle avtaler (Holte, 2001).

Norvoll (2007) skriver at skjerming en sentral behandlingsmetode som brukes stadig mer, og at det er en økende helsepolitisk debatt om en skal forstå skjerming som en god behandlingsmetode eller som tvang på linje med isolatet. Hun avdekket pasienter som ble skjermet tilnærmet sammenhengende i 70 dager – bare avbrutt av korte turer ut i miljøet. Ifølge avhandlingen betyr skjerming på enkelte steder at pasienten blir låst inne på helt nakne rom, uten bilder på veggene eller noe å aktivisere seg med (Norvoll, 2007). Statistikken viser at fra rundt 1980 har det psykiske helsevernet gradvis gått over fra å bruke isolering til å bruke skjerming (SINTIF, 2002).

2.3 Teori om skjerming

Ordet ”skjerming” ble benyttet som et mer uformelt begrep på postene på midten av 1960-tallet når man ønsket å ta en urolig pasient bort fra det sosiale fellesskapet (Vaglum, 1984). Skjermingsbegrepet og skjermingsmetoden omtales for første gang i læreboken til Ingebjørg Løkensgard (1977), *Psykiatrisk sykepleie*. Deretter blir skjerming stadig mer omtalt og utdypet som sykepleiefaglig metode i sykepleielitteraturen fra midten av 1980-tallet og frem til i dag (Dahl m.fl. 2003).

Før 1970 besto skjermingen i Norge stort sett av isolat, fastvakt eller eneværelse. ”Seclusion” samsvarer i hovedsak med det norske begrepet ”isolat” eller ”isolering”. Internasjonalt er det fortsatt vanlig å bruke isolat i sykehus. Busch (2000:262) definerer seclusion som:

"involuntary confinement of a person in a room or an area where the Person is psychically prevented from leaving."

Norge skiller seg ut ved at isolat tidlig ble sett på som en inhuman metode som skulle begrenses. Dette førte til en kraftig innskrenkning av metoden fra 1980-tallet, og til at skjermingsmetoden vokste frem som erstatning for isolatet (Vaglun 1984, Norvoll 2007).

Skjerming ble introdusert som en behandlingsmetode som ikke var tvang eller kunne sidestilles med isolatet (Norvoll, 2007). Ut fra definisjonen til Busch (2000) er de prinsipielle tvangsforskjellene mellom isolat og skjerming likevel mindre i de tilfeller den praktiske utformingen av skjerming gjør at pasienten er forhindrede fra å forlate rommet frivillig. I følge Lorentzen (1984: 205) beskrives skjerming som en intervensjonsmetode som tar utgangspunkt i den akutt psykotiske pasientens behandlingsbehov. Den skjer ved at et personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et oversiktlig og begrenset miljø (som regel pasientens rom), og den har elementer av grensesetting og struktur. Samtidig skal den være stimulusbegrensende uten å være depriverende. Pasienter som kan ha behov for skjerming, vil i første omgang være de som er i en akutt psykotisk krisetilstand.

Det er viktig å være klar over at skjerming er en behandlingsintervensjon, og oppmerksomheten på de "små avgjørende detaljene" i samspillet både før, under og etter at skjermingsprosedyren gjennomføres, er avgjørende. Evnen til å se detaljene i samspillssituasjonene fra ulike perspektiver og posisjoner er en forutsetning for å gjøre de vesentlige endringene som kan bidra til at pasienten opplever respekt, trygghet, sikkerhet og kontroll (Holte, 2001).

I følge Vaglun (1984) er det overordnede målet med skjermingen at pasienten så snart som mulig på ny kan fungere som en person i en psykologisk forstand, gjenvinne autonomi og kontroll over seg selv og sitt forhold til omgivelsene. Dette kan best skje i et stimulusbegrenset, lite miljø med en trygg og rolig to - person kontakt der struktur, oversikt og forutsigbarhet er viktige elementer. Personalmedlemmene fungerer som et hjelpe- ego som dels består i å dekke pasientens basale kroppslige behov, dels skal være en brobygger mellom pasientens indre kaotiske verden og den ytre virkelighet.

En annen viktig hensikt med skjermingen er å skåne andre pasienter i bedring for kontakt med en pasient som er særlig oppløst, urolig og angstfylt, og å gi personalet oversikt slik at de kan fungere mer terapeutisk. I følge Vaglun kartlegges det om pasienten trenger skjerming. Det

gjøres en evaluering første døgnet i forhold til skjermingsbehov. Her vurderes det hvordan pasientens evne til å skjerme seg selv er, og hvordan han/hun samarbeider med personalet og de andre pasientene. Skjermingsbehovet vurderes ut fra følgende momenter, som delvis overlapper hverandre: grad av desorganisering, grad av impulskontroll, effektivt forsvar mot angst, realitetsbristens utforming, påvirkelighet og tegn på overstimulering (Vaglum, 1984).

Skjerming i enhet vil si at pasienten oppholder seg i skjermingsenheten sammen med et personalmedlem. Det personalet som deltar i skjermingen, skal i størst mulig grad stabilisere pasientens fragmenterte og oppløste ego. Dette lykkes bare om personalet har den ro og helhet som pasienten selv mangler. Derfor må personalet innstille seg på pasientens behov, være psykologisk til stede og forholde seg rolig. En psykotisk pasient er avhengig av løpende realitetsorientering for å skille mellom fantasi og virkelighet. Pasienten bør derfor kun i liten grad være helt alene, da dette øker tendensen til primærprosessstenkning og primitiv symboliseringstendens. Formidling av trygghet er en nødvendig forutsetning for at en rask bedring skal kunne skje. Dette gjøres i størst mulig grad ved å velge de mest rutinerter og kvalifiserte personalmedlemmer til skjermingsoppgaver. De vil i størst grad forstå og kunne forholde seg til pasientens indre konfliktfylte verden og projeksjoner uten å bli skremt eller provosert, og de kan forholde seg nøytrale og realitetsorienterende til primærprosessmateriale og uklar kommunikasjon (Vaglum, 1984).

Skjermingen gjennomføres ved at pasienten anvises til eget rom eller til en enhet spesielt tiltenkt slik bruk. Skjermingsrommet kan ifølge Holte beskrives som nedslitt, dårlig lydisolert, hvitmalt og uten utsmykking (Holte, 2003). I Norvolls studie opplevde også hun at skjermingsrommet var hvitmalt, uten utsmykking av bilder og pyntegjenstander og sparsommelig møblert (Norvoll, 2007). Gjennomføringen av skjermingen kan ses både i relasjon til vanlige skjermingsprosedyrer og måter å forholde seg på ved gjennomføringen av disse (Strand, 1992).

Skjermingsdebatten i Norge viser også at flere pasienter opplever frihetsberøvelse og sosial isolasjon ved skjerming selv om andre opplever skjerming eller elementer fra skjerming som god hjelp. Langvarig skjerming øker opplevelsen av skjerming som tvang og isolering (Norvoll, 2007). Skjerming er samtidig et mer kompleks og mangetydig begrep enn isolatet fordi skjerming er ulikt utformet lokalt og innvever forskjellige tiltak og praksisformer.

2.4 Menneskesyn

Bak ulike oppfatninger av hva mennesket er, og hvorfor det handler som det gjør og eventuelt dets potensialet til å handle annerledes, ligger det ulike menneskesyn. Verdier, som for eksempel hva som er rett og galt eller ondt eller godt, ligger igjen til grunn for ethvert menneskesyn. Menneskesyn betegnes ofte i motsetninger som pessimistisk eller optimistisk menneskesyn, mennesket som aktivt søkende eller som passivt mottaker av det som skjer rundt det. Begrepsbruken om menneskesyn er vanskelig å avgrense, og det vil stå i sammenheng med det vi ønsker å belyse, og den sammenhengen det inngår i. Ofte har vi ulikt menneskesyn i løpet av livet, og vi kan ha litt ulike tillempinger og uttrykk i forskjellige situasjoner, som for eksempel i jobbsammenheng eller fritidssammenheng (Hammerlin og Larsen, 1997a).

Et holistisk menneskesyn ser alle sider ved mennesket. Holisme betyr helhetssyn. Individet betraktes som en sammenhengende helhet hvor forandring i en del av systemet påvirker de andre systemene. Delene forstås ved hverandre og ved helheten, og helheten forstås ved delene (Hammerlin og Larsen, 1997a). Sykepleie som fag har et sammensatt innhold og en eklektisk bakgrunn. Den benytter kunnskap fra ulike fag som medisin, biologi, psykologi og psykiatri. Pasientens pleiebehov kan være på flere områder samtidig, og personale må derfor møte alle disse ut i fra et helhetlig menneskesyn (Barbosa da Silva red. 2006). Personalet ved en psykiatrisk avdeling har en tverrfaglig posisjon og skal sørge for at helheten i pasientens problem områder ivaretas, spesielt med skjermingspasienter.

Med menneskesyn kan man forstå et helhetlig syn på mennesket som ivaretar de grunnleggende eksistensielle spørsmål; det betyr spørsmål om menneskets eksistens, natur og bestemmelse. Menneskesyn er relatert til livssyn og moralsk oppfatning og oppstår hos det enkelte mennesket gjennom oppdragelse i den kultur det lever (Barbosa Da Silva, 1998).

Barbosa Da Silva (1998) sier videre at man som helsearbeider gjennom et bevisst menneskesyn kan utlede terapeutiske handlinger med stor grad av konsistens. Menneskesyn kan ses som et utgangspunkt for handlinger og holdninger, og det kan innebære mer eller mindre bevissthet for den enkelte helsearbeider.

Hammerlin og Larsen (1997b) etterlyser en presisering av menneskesynet som ligger bak behandlingen av mennesker. De mener at ulike virksomheter som skal hjelpe mennesker, er

teknifiserte og objektgjørende. Subjektperspektivet blir borte, og individet blir ofte redusert til bare å være et objekt for behandling. Likeverd og integritet blir borte i møtet med behandlingsapparatet. Det er viktig å få kunnskap om menneskesynet som de ulike profesjoner bruker, fordi de intervensjoner og fattet beslutninger for andre menneskers liv (Hammerlin, 2001). Det er derfor nødvendig med en kritisk refleksjon over hva vi gjør med skjerming i den akuttpsykiatriske avdelingen.

Våre handlinger og det vi kommuniserer, bestemmes av måten vi forstår mennesket på. Relasjonell kontakt og møte mellom mennesker påvirkes også av vårt menneskesyn. Nærhet og avstand og den mellommenneskelige prosess, påvirkes av vårt menneskesyn (Henriksen og Vetlesen, 2006).

Menneskesyn, livssyn og etikk er uløselig knyttet sammen. Vårt menneskesyn har vi alle med oss i ethvert møte med skjermingspasienter i akuttavdelingen. Som profesjonell yrkesutøver har vi også vårt livssyn med oss i møtet med skjermingspasienter. I møte med et hjelpetrengende menneske må en kunne sette sitt livssyn til side. Det innvirker på hvordan vi ser på et menneske i psykotisk- akutt situasjonen. Dette vil kunne påvirke for god relasjon i forhold til skjermingspasienter. Samfunnet rommer mange forskjellige livssyn. Hvilke etiske vurderinger vi gjør i møte med mennesker, bør vi ha et avklart forhold til, da dette kan ha noe å si på hvordan møtet blir, og hva slags innhold det får. En viktig premiss i spørsmålet om menneskesyn og livssyn er at det ikke finnes en nøytral beskrivelse av mennesket som alle vil være enige om. Derfor er det viktig å gjøre klart for seg selv hvilket menneskesyn en har, og dermed hvilket verdisyn og hvilke konsekvenser det får for møtet med andre mennesker (Henriksen og Vetlesen, 2006).

Personalet bygger på et humanistisk-eksistensielt menneskesyn i sitt arbeid. Med humanistisk menes blant annet at mennesket betraktes som enestående, dvs. at det er et autonomt, rasjonelt, sosialt og åndelig vesen. Det innebærer at mennesket skal møtes med respekt for dets integritet og verdighet. Med eksistensiell menes det som angår menneskets eksistens og livssituasjon, dvs. problemer og utfordringer mennesket møter knyttet til bl.a. viljens frihet og valgets ansvar. Den humanistisk-eksistensielle tilnærming til menneskets situasjon er preget av et helhetssyn - hvor både individualitet, relasjoner, nettverk og omgivelser og livssyn fokuseres på (Hammerlin og Larsen, 1997b). Det er noe vi har med oss i alle mellommenneskelige relasjoner, og jeg synes derfor det er en vesentlig del å ha med i en

studie der personalet beskriver hvordan skjerming og betingelsene for en god relasjon i forhold til skjerming slik at pasientenes integritet og verdighet ivaretas.

2.4.1 Syn på sykepleie

For arbeidet i akuttpsykiatriskavdelingen forutsetter dette grunnsynet at man møter pasienten som person, noe som innebærer at hans/hennes sivile liv blir trukket inn i vurderingen av hvilken sykepleie og behandling som skal gis. Det betyr at man er opptatt av å forstå pasienten ut fra den livssituasjon han/hun befinner seg i, hvilke virkninger lidelsen har for livsutfoldelse og funksjonsevne, og hva lidelsen betyr for den enkelte (Hummelvoll, 2004).

Når pasienten ikke er i stand til aktivt samarbeid, handler personalet ut fra prinsippet om *hypotetisk samtykke*, dvs. at man handler slik at man kan tenke seg at pasienten ville gitt sitt samtykke om han/hun hadde kunnet. Selv om selvbestemmelsesrett/selvstendighet er en viktig verdi i det humanistisk-eksistensielle menneskesyn, vil noe av denne autonomien bli begrenset under sykdom. Ved innleggelse og behandling mot ens vilje blir dette problemet enda større. For personalet blir det følgelig viktig å forstå at denne begrensningen i pasientens handlingsmuligheter iblant skader hans/hennes menneskelighet, og at man derfor søker å hjelpe pasienten til å forbedre sin situasjon (Holte, 2001).

2.4.2 Syn på sykdom og behandling

Psykisk sykdom kan forstås ut fra flere forklaringsmodeller. Allment kan psykisk sykdom forstås som en ubalanse, skjevutvikling eller mestringssvikt som forstyrrer eller hemmer en tilfredsstillende fungeringsevne for et fullverdig liv. Årsakene er ofte sammensatte, men kan for eksempel være medfødt eller ervervet sårbarhet, stress, traumer, kriser, følelsesmessige fastlåsnings og omsorgssvikt (Holte, 2001). Psykiatrisk behandling, og særlig den institusjonelle, innehar iboende tenkning og forklaringsmodeller som kan virke dehumaniserende, og psykiatrien kan med sin tilnærming ofte svikte med hensyn til å ivareta pasienten på en fullverdig måte (Bøe og Thommasen, 2000).

2.5 Den gode relasjon

Personale og pasienter står i et relasjonelt forhold til hverandre. Derfor er det nødvendig å etablere en god relasjon. Denne relasjonen vil være påvirket av problemstillinger knyttet til skjerming i akuttpsykiatrisk avdelingen. Relasjonens sentrale rolle støttes av Røssberg (2005) som viser at relasjonen mellom pasient og personale er viktig i skjermingssituasjon.

Relasjonstenkningen har sitt utgangspunkt i et helhetlig menneskesyn og kan forstås med utgangspunkt i Bubers beskrivelser av jeg-du relasjonen og det mellommenneskelige (Buber, 1992,1995). Sentrale begreper er likeverd, pasienten som person, gjensidighet og delaktighet. Relasjon forstås som en dypere kontakt mellom to personer der det ses et unikt samspill i en konkret sosial situasjon. Det er først snakk om en sosial relasjon når den ene ser den andre som en person (Møgelsvang og Dalsgaard, 2006). Vatne (2006:104) formulerer det slik:

”En relasjonell modell for psykisk helsearbeid vil si at relasjonen oppfattes som sentral både i utvikling og bedring av psykiske lidelser. En hjelper som arbeider innenfor et relasjonell perspektiv vil fokusere på hvordan han/hun kan forstå pasientens atferd i samspill med andre og seg selv, og hvordan han/hun gjennom relasjonen kan skape lindring av lidelsen og opplevd bedring hos pasienten”.

Vatne (2006) fant i sin studie to alternative perspektiver på relasjonen mellom pasienter og personale-henholdsvis det korrigerende og det anerkjennende perspektiv. Det korrigerende perspektiv handler om grensesetting, bruk av tvang og makt. Det anerkjennende perspektiv handler om å bekrefte pasienten som et selvstendig individ til tross for sin lidelse. Vatne sier det slik: ”I et relasjonelt perspektiv vil nettopp fokus være hvordan en som hjelper kan forstå pasientens atferd i samspill med andre og seg selv, og hvordan denne relasjonen kan skape lindring av lidelsen og opplevd bedring hos pasienten. Dette perspektivet vil derfor stå i motsetning til avviksperspektivet” (Vatne, 2006:104).

Det å arbeide med å utvikle gode relasjonelle erfaringer krever at systemet har en viss stabilitet og trygghet. Samtidig må miljøet stimulere til kreativitet og til utprøving av nye ferdigheter. Borg og Topor gjennomførte i 2003 forskningsprosjektet *Virksomme relasjoner*. De sier at:

”Tittelen virksomme relasjoner peker på at det å komme seg gjennom en alvorlig psykisk lidelse i stor grad handler om samspill med dem og det som er rundt. Både menneskelige og åndelige forhold og materielle og sosiale vilkår fremstår som vesentlige. Det handler om å finne og holde fast på

fagfolk eller andre som kan hjelpe til gjennom krevende og smertefulle livssituasjoner. Vi er alle sosiale vesener som utvikler oss gjennom kontakt og samvær med andre. Dette gjelder også mennesker som har en alvorlig psykisk lidelse” (Borg og Topor, 2003:8).

Hummelvolls definisjon av psykiatrisk sykepleie (1997: 39) beskriver hele det feltet som favner sykepleierens ansvar og utdyper det eksistensielle-holistiske menneskesynet og har et klart personorientert fokus. Det er også en klar utfordring å gjøre skjermingssituasjonen til ”et samarbeidende og forpliktende fellesskap” der man kan styrke selvrespekten og fremme opplevelse av mening. Definisjonen rommer også et mer psykoterapeutisk fokus der en går i en dialog og relasjon med personen i sin psykotiske virkelighet på en avgiftende og ego-styrkende måte. Selv om en har et uttalt holistisk-eksistensielt syn på mennesket, er det både naturlig og nødvendig å benytte kunnskap hentet fra ulike fagområder som ikke har en slik grunnlagsforståelse for å utdype forståelsen av mennesket og lidelsen (Hummelvoll, 1997).

Andre tema som er sentrale i litteraturen, er strukturelle forhold, grunnlagsforståelse og hvordan en tilnærming må ta utgangspunkt i pasientens situasjon og tilgjengelige ressurser. En forståelse av kunnskap er også viktig. Hatling og Østbye (1998: 195) sier at:

”Profesjonell yrkesutøvelse består i å velge ut den relevante delen av kunnskapsbasen og bruke den i praktisk virksomhet”.

Hummelvoll (2003) drøfter kunnskapsbegrepet og poengterer at kunnskap består av teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og kunnskap basert på erfaring. Personalet må bruke sine kunnskaper og sin kompetanse til å utvikle en tillitsfull og trygg relasjon til skjermingspasienter i akuttpsykiatrisk avdelingen (Hummelvoll, 2003).

En annen viktig motvekt mot tingliggjøringen er å lytte til pasientenes fortellinger om hvordan psykiatrisk behandling oppleves. Utviklingen av evnen til å undre seg sammen med pasienten over lidelsen og de mange sammenhenger i livet, og hva det er for slags systemer som skulle hindre oss i dette, er det vesentlig å gripe tak i (Andersen og Karlsson 1998).

2.6 Relasjonskompetanse

Kjernen i psykisk helsearbeid er møtet mellom mennesker. Akuttavdelingen bygger på et humanistisk-eksistensielt menneskesyn i sitt arbeid.

Avdelingensverdigrunnlag bør reflektere at psykisk helsearbeid innebærer at møtet mellom personale og pasienten preges av respekt og anerkjennelse. Nedenfor skisseres noen aktuelle teoretiske perspektiver som kan tenkes å være til hjelp i det praktiske arbeidet.

Geir Lorem (2006) skriver at psykiske lidelser gir oss som personale helt spesielle utfordringer med hensyn til kommunikasjon, samhandling og forståelse - utfordringer hvor selve kontakten med pasienten står i fare for å gå tapt.

Hummelvoll (2004) nevner flere grunnleggende faktorer som kan være av avgjørende betydning for å få til gode relasjoner. Det å finne frem til en felles mening og forståelse av budskap og språk trekkes frem. Lorem (2006) skriver språk har grenser. Det er ikke alt vi kan uttrykke klart og entydig i ord. Psykoser er nok spesielle i den forstand at de representerer tanker, erfaringer, fornemmelser og inntrykk som utfordrer grensene for hva det er mulig å uttrykke i ord.

Likeså en innlevende forståelse med basis i at de som samtaler, tilstreber å være seg selv på en ekte og nær måte. Empatibegrepet er nært knyttet til dette fordi det dreier seg om evnen til å se seg selv og sin egen væremåte gjennom den andres øyne. Personale bør forsøke å være seg dette bevisst. I tillegg må det vektlegges å etablere et klima som er preget av trygghet; trygghet til at de som møte/samtaler, tør å vise seg frem som personer (Hummelvoll, 2004).

Hummelvoll kaller dette selv-avsløring. Dette dreier seg om at atmosfæren mellom pasient og personale er preget av en gjensidig tillit og aksept, og at man med dette som base kan oppnå det essensielle, nemlig "å ha felles". Dette støttes av Vatne (2006:119) i "Korrigere og anerkjenne – relasjonens betydning i miljøterapi". Hun fremhever:

"Pasienters styrke og likeverdighet i relasjonen mellom helper og pasient er sentrale forhold i pasienters bedringsprosesser. Spesielt er det viktig å bygge opp pasienters selvfølelse og egen myndighet".

Et annet moment i dette er gjensidighet i behandlingsrelasjonen. Det som ligger til grunn, er en forutsetning av at pasient og personale møter hverandre med utgangspunkt i en subjekt-subjekt relasjon. Dette har basis i gjensidig tillit og akseptasjon og bør inneholde

forventninger om at gode relasjoner henger sammen med menneskers relasjon til hverandre. Dette innebærer at personalet kontinuerlig må ta hensyn til forutsetningene en legger for pasienten, og være klar over at man som hjelper i stor grad påvirker pasienten med egne bidrag. Det at man gjennom møte /samtaler deler opplevelser med pasienten, og at dette har til hensikt å skape grobunn for at pasienten kan forandre seg, innebærer at man som hjelper også må være villig til forandring. Dette er en konsekvens av en subjekt-subjekt relasjon.

Mennesket kan ikke forstås uavhengig av de relasjonene som finnes. Personale i for eksempel møte/samtalsituasjoner forutsetter refleksjon rundt både egne og den andres opplevelser og standpunkter, og subjekt-subjektrelasjonen innebærer at man i stor grad søker mot å forstå den andres opplevelser fremfor å definere problemer (Vatne, 2006).

Møte /samtaler med skjermingspasienter kan innebære særskilte utfordringer knyttet til denne pasientgruppens lidelsesbilde. Dette er noe personale må være klar over og kunne håndtere (Vatne, 2006). Med dette som utgangspunkt vil denne studien forsøke å se Vatnes tilnærming, gjensidig anerkjennelse, som en slags basis for skjerming i akuttpsykiatrisk avdelingen. Dette anser jeg som spesielt viktig i møte med pasientene og den situasjonen de befinner seg i.

Anerkjennelse er ikke forenlig med prestasjoner eller ambisjoner i forhold til den du møter, eller om å ha et mål om å være instrumentell eller bruke en teknikk. Anerkjennelse favner samværsmåter, en levd måte å være sammen med skjermingspasienter på. Anerkjennelse er ikke noe du har, men noe du er (Schibbye, 2002). Gjensidig anerkjennelse beskriver et sammenhengende sett av væremåter som også kan anvendes i gjennomføring av skjerming. Disse væremåtene inkluderer bekreftelse, lytting, forståelse, aksept og toleranse. Subjekt-subjektrelasjon ligger til grunn en slik forståelse og gjensidighet i pasient- personaleforholdet ansees som en vesentlig faktor (Vatne, 2006).

Denne gjensidigheten reflekteres gjennom en forståelse av likeverd mellom pasient og personale. Her er respekt sentralt, særlig en respekt for den andres måte å oppleve ting på, selv om dette fraviker fra en selv. En annen viktig basis er samhandling (Vatne, 2006).

Schibbyes utgangspunkt er at menneskets iboende verdighet innebærer likeverdig samhandling mellom den som trenger hjelp, og den som yter hjelp. Pasienten må møtes med anerkjennelse, og det innebærer en grunnleggende respekt for hans/hennes opplevelsesmessige perspektiv – respekt for pasientenperspektivet (Schibbye, 2002).

Man kan anta at samhandling er sentralt i samtalesituasjoner, og at dette også er med på å understreke likeverdsaspektet, noe Vatne (2006) fremhever som en basis for gjensidig anerkjennelse.

I følge Schibbye (2002) er lytting en forutsetning for forståelse. Å lytte dreier seg om å være aktivt til stede, gi oppmerksomhet, og ved dette vise en anerkjennende og bekreftende holdning. Det er vesentlig at lyttingen blir en aktiv prosess. For å få dette til må personale få tak i det som ligger bak ordene, altså pasientens egen opplevelse av situasjonen, som i dette tilfellet ønskes relatert til god relasjon.

I følge Vatne (2006) krever aktiv lytting tre ting, nemlig tilgjengelighet og mottagelighet for pasientens egen opplevelse, fokus på selve opplevelsen og at man er villig til å la seg bevege av den. Forståelse som væremåte dreier seg om personalets evne til å sette seg inn i pasientens opplevelsesverden, å kunne få en nærhet til hvordan pasienten opplever følelsene knyttet til denne. En slik evne vil stille empatiske krav til personalet. Når det gjelder akseptasjon og toleranse knyttes dette til at personalet prøver å innta en nøytral holdning til pasientens opplevelser, altså ikke være dømmende eller bedømmende på noen måte. Vatne beskriver dette som et anerkjennende terapeutisk perspektiv.

I denne studien legges blant annet disse prinsippene til grunn for skjerming i akuttpsykiatrisk avdelingen. Dette utdypes gjennom at gjensidig samhandling med basis i aksept, forståelse og empati kan være med på å skape en anerkjennende ramme, en slags basis for samarbeidet, i denne studien tenkt inn i mot god relasjon (Vatne, 2006).

Angående innholdet i og gjennomføringen av skjerming i akuttpsykiatrisk avdelingen vil man kunne forvente at det finnes elementer som bør vektlegges i større grad enn andre. Tolkning og forståelse vil da bevege seg i en sirkelstruktur av nærhet og distanse. Nærhet representerer empatisk forståelse, det å leve seg inn i premissene for pasientens egne fortellinger. Distanse representerer et blikk fra en annen person som kan tilføre forståelsen et utenfraperspektiv. Personalets utfordring består i å etablere en treffende relasjon mellom og kombinasjonen av nærhet og distanse i møtet med skjermings pasienter (Lorem, 2006).

Schibbye (2002) understreker at anerkjennelse er et relasjonelt begrep, og at en anerkjennende holdning ikke er noe som er inne i personalet, men som kommer til uttrykk i et forhold.

2.7 Skjerming og grensesetting som en del av miljøterapi

I litteraturen blir skjerming knyttet til flere ulike kunnskapstradisjoner innenfor psykiatrisk sykepleie. Skjermingsmetoden er dermed knyttet til både den medisinske og psykodynamiskpregede sykepleien. Skjerming er også preget av den tidlige asyltradisjonen og det læringsteoretisk perspektivet ved å inngå i tenkningen om grensesetting som skal stoppe og korrigere urolig og uhensiktmessig atferd (Løkensgard 1977, Vatne 2003).

I de senere årene har Jan Stensland Holte kommet med et nytt sykepleiefaglig bidrag (2000, 2001, 2003). Han forsøker å skape et noe annet terapeutisk grunnlag for skjermingsmetoden ved å løsrive skjermingsmetoden fra den korrigerende og regelbaserte asyltradisjon og innføre et mer eksistensielt og omsorgsbasert kunnskapsgrunnlag. Dette sykepleieperspektivet innebærer en mer samtale- og dialogorientert sykepleie. Lidelsesaspektet fremheves som det mest sentrale hjelpeaspektet ved sykepleien. Det fremholdes at skjerming både kan lindre og skape lidelse gjennom frihetsberøvelse og krenkelse. Holte har dermed en mer blandet forståelse av skjerming som behandling og tvang.

Jan Kåre Hummelvoll (2004) omtaler i boken "Helt - ikke stykkevis og delt" skjerming både som en behandlingsmetode og som et tiltak. Holte (2003) kaller skjerming for er en spesialisert terapeutisk intervensjon, men det er viktig å se på den som en naturlig forlengelse av den generelle miljøterapien. Bratheland (2004:5) definerer miljøterapi slik:

"Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personale innenfor fysiske bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være og handle i og utenfor postmiljøet over tid".

Definisjonen vektlegger et gjensidig samspill mellom pasienter, personale og fysiske strukturer. Det vil jeg forstå som behandlingsressurser, fysiske ressurser og ikke minst pasientens egne ressurser. Miljøterapi forstås som en behandlingsform av forståelse og menneskesyn som betegner en planlagt bruk av det som skjer i samspillet mellom pasienter og personalet døgnet rundt (Bratheland, 2004).

Gundersons (1978) fem grunnleggende miljøterapeutiske prinsipper: Beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring beskriver en utvikling av stadig mer komplekse miljøterapeutiske tiltak og handlinger som igjen relateres til pasientens psykiske tilstand. Når pasienten har perioder med stort symptomtrykk, er tiltakene preget av beskyttelse, støtte og struktur mens i bedre perioder vil man kunne dra nytte av tiltak med større andel av engasjerende og gyldiggjørende prosesser (Brathetland m.fl. 2004, Borg og Topor 2003, Gunderson 1978).

Strand (1992:88) trekker fram at skjerming egentlig er:

"En spesielt vidtgående form for grensesetting og overordnet hensikt er å begrense mengde og type krav og inntrykk fra omgivelsene og det å begrense egen adferd".

Hensikten er å hjelpe pasienten til indre samling, samt å beskytte og skåne andre pasienter. Gjennomføring av skjerming kan skje over fire "nivåer", etter hva pasienten har behov for, og en kan måtte gå noe fram og tilbake mellom dem: skjermet i enhet, delvis skjermet, en å være sammen med og en å relatere seg til.

Videre Strand (1992:88) definerer grensesetting slik:

"Grensesetting er aktivt, med terapeutisk hensikt og på terapeutisk måte, å markere at her er et ytterpunkt som man ikke bør eller må overskride".

Grensesetting skal aldri være en form for straff, som da ofte kan oppleves som krenkende og eventuelt retraumatiserende for personen, men det er ofte situasjoner der grensesetting benyttes, som utløser økende uro eller utagering (Bjørkly, 1995).

Solfrid Vatne (2003) fant i sin studie fra en akuttpost at personale ofte knyttet skjerming til grensesetting og korrigering av ytre atferd.

3.0 Metodisk tilnærming

I dette kapittelet redegjøres det for den forskningsmetodiske tilnærmingen i denne studien. Først gjennomgås relevante vitenskapsteoretiske betraktninger, videre kort om hermeneutikk. Min egen erfaring og forforståelse vil også bli omtalt for å vise forhold relatert til forskeren som kan ha innvirkning på studien, etterfulgt av valget av metode. Deretter vil utvalgsriterier og gjennomføring av intervjuene, samt analyseprosessen beskrives. Hvordan empirien systematisk er samlet og bearbeidet, kan si noe om generaliserbarhet, validitet og reliabilitet. Forskjellige valg som er gjort på bakgrunn av studiens begrensninger og rammer, vil også nevnes. Videre kort om feilkilder. Til slutt vil etiske overveielser diskuteres. Studiens valg av metode er gjort ut fra hvilken tilnærming som i størst grad besvarer forskningsspørsmålene.

3.1 Vitenskapsteoretiske betraktninger

I kvalitative metoder er det en målsetning å oppnå forståelse for de personer som studeres, og derfor har fortolkning en sentral plass. Hermeneutikken danner et vitenskapsteoretisk fundament for den sterke vekten på forståelse og fortolkning i den kvalitative forskningen (Thagaard, 2003). Jeg legger til grunn en hermeneutisk tilnærming i denne studien der utgangspunktet er at man i fortolkningen av utsagn fokuserer på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart oppfattes, for å belyse hvordan personalet beskriver skjerming og god relasjon i aktuell akuttpsykiatrisk avdeling. I intervjuforskning utgjør informantenes utsagn nedskrevet som tekster det materialet som skal fortolkes og forstås (Dalen, 2004).

Hermeneutikken kan sies å være dobbelt relevant for intervjuforskning. For det første kan hermeneutikken hjelpe meg med å belyse den dialogen som skaper datamaterialet jeg senere skal tolke (Kvale, 2006). I møtet med informanter har jeg som forsker en forforståelse, og de har sin forforståelse. Interesser, verdier, ønsker og innstilling vil omgi min og informantenes forståelse av fenomenet. Min oppgave i intervjusituasjonen har blitt å anvende de meningene og oppfatningene jeg har på forhånd om temaet, slik at de kunne åpne for størst mulig forståelse av informantenes uttalelser omkring temaet (Dalen, 2004). For det andre kan hermeneutikken bidra med å klarlegge analyseprosessen der jeg skal tolke informantenes utsagn, som igjen kan oppfattes som en dialog eller en samtale med teksten (Kvale, 2006). Som Gadamer (i Dalen, 2004) sier, er forforståelsen viktig for utvikling av forståelse og senere tolkning. Min egen forforståelse og aktuell relevant teori om skjerming i

akuttpsykiatrisk avdelingen vil påvirke fortolkningen av det innsamlede datamaterialet, slik at jeg kan være mer sensitiv i forhold til å se muligheter for teoretisk forståelse og nye differensieringer av temaet.

3.1.1 En hermeneutisk tilnærming

Ordet hermeneutikk har sin opprinnelse i det greske ordet *hermeneuein*, og betyr ”forståelselære”, og det ble brukt i betydning av både tolkning og forståelse av tekster. Hermeneutisk tilnærming stammer fra ”hermes” eller budbærer. Man vil ofte ikke bare overbringe et budskap, men også gjerne forandre det litt. Man vil videre forsøke å frilegge og løfte fram meningen som ligger i teksten, ved hjelp av fortolkning (Thornquist, 2003).

I følge Thornquist (2003) er hermeneutikk opptatt av en dypere forståelse av mening og knytter kunnskapsutvikling i hovedsak til tolkning av tekster. Sentrale tema i en hermeneutisk tilnærming er *forståelseshorisont*, *fordom* og den *hermeneutiske sirkel*. Forståelseshorisont forstås som en persons samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger. Begrepet *fordom* knytter seg til at noe kommer før noe annet. En vil aldri være helt forutsetningsløs i møte med en tekst eller et materiale, men være preget av en tankemessig og erfaringsmessig påvirkning. Den hermeneutiske sirkel representerer et fortolkende prinsipp hvor helheten forstås ut fra delene og delene ut fra helheten (Thornquist, 2003). Jeg vil i møte med forskningsmateriale være påvirket av teori og egne erfaringer. Tolkningen blir slik sett gjort i en vekselvirkning mellom empiri, teori og erfaringer. Den vil alltid inneholde et nyskapende element som tas med og implementeres i egen forforståelse. Prosessen er dynamisk slik at hver gang jeg forstår noe nytt, vil det utvide min forståelse av delene og helheten.

Kunnskapsobjektet i denne studien er personalets opplevelse ved skjerming i akuttpsykiatrisk avdelingen. Spørsmålene studien stiller, krever en kunnskapsform som evner å beskrive og fortolke dette, slik at nye dyp og sammenhenger i forståelsen av personalets erfaringsverden fremkommer. Forskningssamtaler med informantene gir datamateriale til den hermeneutiske bevegelse. Kvaliteten på det empiriske materialet er av vesentlig betydning for resultatet av en studie som bruker samtale mellom mennesker som datagrunnlag. Forskerens rolle som medaktør i å skape datamaterialet gjør at det som skjer i forskningssamtalen mellom forsker og informanter, blir av betydning (Fog, 2004). Tema som det skal samtales om, er bestemt, og jeg har søkt kunnskap og innsikt i dette på forhånd. All den kunnskap og erfaring jeg har om

mennesket og menneskelige relasjoner, kommer til nytte i forskningssamtalen, ikke minst evnen til å skape tillit og fortrolighet.

Hans-Georg Gadamer er den fremste representanten for den filosofiske tradisjonen innenfor moderne hermeneutikk. Et viktig begrep hos Gadamer er forforståelsen, som både gjør tolkning mulig og setter grenser for den. Forforståelse handler om oppfatninger og holdninger som vi har, bevisste og ubevisste, og som vi ikke har vår oppmerksomhet rettet mot. Det er viktig at man er bevisst sin forforståelse, og at man samtidig kan møte situasjonen med åpenhet (Gadamer, 1995). Partene møter med hver sin forståelseshorisont, og man må være villig til å lære noe av det budskapet en mottar. Han presiserer at en ikke kan forstå uten å ha en forforståelse, da den blir selve utgangspunktet for forskerens forståelse (ibid).

Det å parentessette forforståelsen for seg selv anses som viktig. Om man ikke har en forforståelse, vil man heller ikke ha en problemstilling. Dette innebærer at forskeren må ta hensyn til sin forforståelse på et bevisst nivå. Ut i fra ulike utgangspunkt kan man få ulike svar, avhengig av hvor man er i en prosess. Dette kan forklare den hermeneutiske spiral, altså at man ikke bare går i ring, men vender tilbake til utgangspunktet med ny kunnskap og utvidet forståelse (Thornquist, 2003). For denne studien, hvor jeg som forsker har et nært forhold til temaet som drøftes, er bevissthet om min egen forforståelse vesentlig. For å sikre meg valide svar på undersøkelsen har jeg ærlig vurdert innvirkning av egen forforståelse i alle ledd av forskningsprosessen. Jeg har grundig arbeidet med dataene og hatt støtte i relevant teori.

3.1.2 Egenerfaring og forforståelse

Forforståelse er de erfaringer, begreper, teorier, verdier og holdninger som bevisst eller ubevisst leder vår sansning, og som gjør det mulig for oss å finne mening i et fenomen. Forforståelse angår også pålitelighet og gyldighet i forskningen. Vitenskapelig metode stiller krav om å være mest mulig reflektert omkring egen forforståelse. Forskeren må våge å sette sin forforståelse på prøve, være åpen for overraskelser og la seg utfordre. Forskningen skal ikke bare bekrefte forforståelsen, den skal også søke etter det som utfordrer eller motsier det man tror (Kvale 2006, Fog 2004).

Min egeninteresse og forforståelse er relatert til at jeg gjennom en årrekke har jobbet i fagfelt med mennesker som lider av psykisk lidelse. Min opplevelse er at en god relasjon med disse menneskene er en særdeles viktig del av den behandling og tilnærming vi som miljøpersonale

står for. Med min erfaringsbakgrunn som miljøterapeut gjennom mange års yrkeserfaring innen fagfeltet og med utgangspunkt i min utdanning som sosiolog, har min forforståelse blitt dannet, og jeg vil ikke gå forutsetningsløs inn i en slik studie. Denne bakgrunnen, eller forforståelsen, vil med stor sannsynlighet kunne være med å farge studien. Særlig når det gjelder analysen av eget innsamlet datamateriale, vil det være nettopp denne forforståelsen som det er viktig å parentessette for å kunne nærme meg materialet mest mulig forutsetningsløst. Det er viktig å erkjenne og sette ord på denne forforståelse da den kan, og nok til en viss grad vil ha innflytelse på hele forskningsprosessen (Thornquist, 2003). Forforståelsen kan også beskrives som forståelseshorisont som innbefatter forskerens samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger (ibid). Disse oppfatninger, erfaringer og forventninger ønsker jeg å presisere nærmere for å gi leseren et bedre forståelsesgrunnlag for studien.

Min forforståelse i forhold til skjerming er knyttet til den litteratur og den forskning jeg har lest, samt min erfaringsbakgrunn. Til sammen vil dette være et bakteppe og et grunnlag for ny forståelse og kunnskap om temaet gjennom det informantene kunne fortelle, og hvordan jeg i etterkant har sett dette i lys av relevant teori.

3.2 Valg av metode

Problemstilling og forskningsspørsmål har vært styrende for valg av metode. For å besvare problemstillingen, er det nødvendig å avklare vårt vitenskaplige utgangspunkt og valg av metode. Metode betyr i sin greske opprinnelse: en vei som fører til målet og er i seg selv bare et redskap (Kvale, 2006). Metoden er en nødvendig forutsetning for at de resultatene jeg finner i min undersøkelse, skal gi en god og riktig forståelse av det jeg søker kunnskap om (Holme og Solvang, 1996). En metode er med andre ord en framgangsmåte for å løse problemer og komme fram til nye erkjennelser.

Formålet med kvalitative studier er å oppnå forståelse av fenomener på bakgrunn av fyldige data om personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet. Det er en målsetning å forstå virkeligheten slik den oppfattes av de personene som forskeren studerer. En kvalitativ tilnærming vil være et godt utgangspunkt for å få kunnskap om hvordan enkeltpersoner opplever sin situasjon (Kvale, 2006).

I forhold til temaet jeg har valgt å studere, mener jeg en kvalitativ forskningstilnærming vil være godt egnet til å kunne belyse det. Studien vil ha som mål å få tak i den kunnskapen og erfaringen personalet har ervervet seg i forhold til å arbeide med skjermingspasienter. Den aktuelle problemstillingen er opptatt av personalets opplevelse og erfaringer i møte med skjermingspasienter i akuttpsykiatrisk avdeling. Enhver har et utgangspunkt, en historie, personlighet, erfaringer og utdanning som har betydning i prosessen rundt skjerming. Med denne studien er det ønskelig å undersøke hvordan personalet beskriver skjerming og skaper gode relasjoner med pasientene i forhold til skjerming slik at pasientenes respekt, integritet og menneskeverd ivaretas med utgangspunkt i et tillitsforhold. Også å forsøke å finne ut hva personalet, som har erfaring med skjermingssituasjoner, mener er vesentlig for å gjøre et best mulig skjermingsarbeid og skape en god relasjon.

Undersøkelsesmetoden avhenger av temaet som skal studeres. For å besvare problemstillingen er det naturlig at jeg tar direkte kontakt med helsepersonellet som har ansvaret for skjermingspasienter ved akuttpsykiatrisk avdelingen. Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Den kvalitative metoden sikter mot å forstå, ikke forklare. Målet er å beskrive hva som er, ikke predike eller skrive det som bør være. Det kvalitative forskningsintervjuet er metoden jeg har valgt å benytte i denne studien. Det kvalitative forskningsintervjuet er valgt som tilnærming til problemstillingen fordi denne studien søker en helhetlig dybdekunnskap fra de personene som har lang erfaring

3.2.1 Det kvalitative forskningsintervjuet

Det kvalitative forskningsintervjus teoretiske grunnlag er beskrevet blant annet av Kvale (2006:39) som sier at:

”Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å innhente beskrivelser av intervjupersonenes livsverden, særlig med hensyn til tolkninger av meningen med fenomener som blir beskrevet”.

Målet med det kvalitative forskningsintervjuet er å legge forholdene til rette for en samtale der informantens tanker, meninger, holdninger, resonnement, følelser, motiver, historier, livsverden med relevans til det forskningsspørsmålet vi søker mer kunnskap om, kan komme frem (Friis og Vaglum, 1999). Det kvalitative intervjuet karakteriseres som en samtale. I følge Kvale (2006) er det basert på den hverdagslige samtale som form, men er i innhold og målsetting en faglig konversasjon. Nærmere bestemt er det en samtale om virkeligheten slik

den intervjuede ser den, og med relevans til de forskningsspørsmål jeg søker mer kunnskap om. Jeg har på forhånd satt en ramme for hvilke områder som er av interesse, beskrevet ved en intervjuguide. Jeg vil være interessert i den andres livsverdenbeskrivelse innenfor disse områdene, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene ut fra et gitt teoretisk perspektiv (Kvale, 2006). Intervjuet fordrer at jeg som intervjuer lytter mens informantene med egne ord gir uttrykk for sine oppfatninger, meninger og tanker i forhold til skjermingsarbeidssituasjon.

Det kvalitative forskningsintervju er en dialog mellom intervjueren og informanten, der relasjonen har betydning for meningen som skapes. En god relasjon vil ha betydning, og intervjueren bør ha kunnskaper og teori om hvordan det tilrettelegges i en intervjusituasjon. Det er en faglig samtale, og det er viktig å være forberedt både mentalt og faglig før intervjuet. I en slik samtale er det nødvendig å skape et klima av trygghet og en opplevelse av at intervjueren vil meg vel. Det handler om kroppsspråk, være støttende og lyttende. Jeg opplevde at min erfaring som miljøterapeut, gjorde at jeg var trygg i intervjusituasjonen, og at det var et godt klima under intervjuene.

Kvale (2006) beskriver tolv aspekter som representerer metodens hovedstruktur. Jeg vil kort gjengi disse tilpasset denne studien. Tema i intervjuet vil være intervjupersonens hverdagslige *livsverden* og hans/hennes eget forhold til skjermingsarbeidet ved akuttpsykiatrisk avdeling. Jeg vil forsøke å beskrive og forstå informantenes *mening* om skjerming i den akuttpsykiatriske avdeling slik den utøves.

Hensikten er å innhente nyansert *kvalitativ* kunnskap uttrykt ved vanlig språk. Tilnærmingen er *deskriptiv*, og en søker å innhente åpne, nyanserte beskrivelser av ulike sider ved intervjupersonens livsverden knyttet til skjerming i den akuttpsykiatriske avdelingen. Jeg søker å innhente beskrivelser av *spesifikke* situasjoner og handlingssekvenser. I studien vil jeg ta utgangspunkt i arbeidsdagen slik den konkret fremstår i den akuttpsykiatriske avdeling.

I intervjusituasjonen er det viktig at jeg har en *bevisst naivitet*, det vil si er åpen for at det kan komme opp nye og uventede synspunkter. Metoden gir rom for at disse følges opp.

Intervjuguiden må derfor være veiledende. Intervjuet er *fokusert* på sentrale virksomme elementer i skjermingsarbeid ved akuttpsykiatrisk avdeling. *Tvetydige* utsagn aksepteres gjennom å undersøke om de skyldes kommunikasjonsvansker, eller om de faktisk utgjør en dobbelthet hos informanten. Samtalen i intervjuet kan føre til at informanten oppnår ny

forståelse og innsikt, noe som kan lede til at han/hun også *endrer* sine egne beskrivelser og tolkninger.

Ulike intervju vil i gjennomføringen kunne bli forskjellige på grunn av ulik *følsomhet* hos informanten. Jeg oppfatter ikke dette problematisk fordi denne forskjellen kan bidra til å nyansere fremstillingen. Kunnskapen som innhentes gjennom intervjuet, fremkommer som et resultat av den *interpersonlige situasjonen* som oppstår mellom meg og informanten. Til slutt trekker Kvale frem at et vellykket intervju kan være en *positiv opplevelse*, verdifull og berikende opplevelse for intervjupersonen, som kan få ny innsikt i sin egen livssituasjon om skjerming i akuttpsykiatriskavdeling og egen faglig sammenheng.

Den temabaserte intervjuguiden representerer derfor en foreløpig og modifiserbar struktur i gjennomføringen av intervjuene. Intervjuet tas opp på bånd. Opptakene på bånd transkriberes så ut og utgjør det empiriske materialet. I tråd med en hermeneutisk forståelse vil erfaringer fra et intervju kunne påvirke det neste, de bygger på hverandre og følger hverandre mot en mest mulig helhetlig forståelse (Kvale, 2006).

3.2.2 Utvalg

Studiens informanter ble valgt ut gjennom et skjønnsmessig utvalg. Det har vært av stor betydning å finne frem til informanter som både kan og vil uttale seg om problemstillingen, noe som anses som særdeles viktige kriterier (Malterud, 2003). For å kunne besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål kreves fagutdanning og miljøterapeutisk praksis. Jeg tok kontakt med det aktuelle sykehuset i forbindelse med studien, hvor jeg fortalte om studien (Vedlegg 1).

Kontakten førte til et påfølgende møte med akuttseksjonsleder ved spesialavdeling for voksne, som deretter valgte ut akuttpost og informantene som var interessert i mitt tema. Jeg utarbeidet et informasjonsskriv til den enkelte informant, der jeg spurte dem om å delta i undersøkelsen. Dette informasjonsskrivet inneholdt informasjon om studien. Det ble informert om hensikten med undersøkelsen, Det ble også opplyst om at samtalen ville blir tatt opp på digital opptaker, samt at de kunne trekke seg fra undersøkelsen på ethvert tidspunkt uten å måtte begrunne det (informert samtykke). Det ble også presisert at båndopptak skulle makuleres. Vedlagt informasjonsskriv (Vedlegg 2) fulgte en samtykkeerklæring (Vedlegg 3).

Akuttseksjonsleder skulle videre dele ut et eget informasjonsskriv til de aktuelle informantene.

Alle informantene ble valgt ut av akuttseksjonsleder ved spesialavdeling for voksne på bakgrunn av inklusjonskriteriene: Alle skulle ha minimum ett års erfaring fra arbeid som psykiatriske sykepleiere/ miljøterapeuter med skjermingspasientgruppe, skulle ha arbeidet klinisk som psykiatriske sykepleiere/ miljøterapeuter ved skjermingsposten i den aktuelle akuttpsykiatriske avdelingen og skulle være fast ansatt og arbeide i halv stilling eller mer.

I forbindelse med studien hadde jeg satt 6-8 informanter som et ønsket antall og endte opp med 8. En informant ble ikke inkludert (trakk seg). Utvalget består av 7 informanter som alle arbeider ved akuttpsykiatriske avdelinger med skjermingspasientgruppe. I forhold til antall sier Friis og Vaglum (1999) at en må ha med så mange som nødvendig, og så få som mulig. Informantene som ble inkludert, hadde en aldersspredning fra 26 år til 55 år. Den kliniske erfaringen med skjermingspasientgruppe varierte mellom 4 og 20 år. Utvalget besto av 7 informanter. Yrkesbakgrunn var 6 psykiatriske sykepleiere, en vernepleier. Tre hadde en klinisk videreutdanning, mens to var i gang med en spesialisering. Flere hadde erfaring fra arbeid med målgruppen før de tok høgskoleutdanning.

3.2.3 Intervjuguiden

Intervjuguiden kan beskrives som et uttrykk for forskerens forforståelse. Den forutsetter en halvstrukturert intervjuform (Kvale, 2006), nærmere bestemt halvstrukturert livsverden-intervju. Intervjuguiden defineres av Kvale som en tema-liste med områder som på forhånd ble vurdert som interessante. I Kvales språkbruk er spørsmålene tematisk relaterte til intervjuemnet, til de teoretiske begrepene som ligger til grunn for undersøkelsen, og til den påfølgende analysen. En hovedintensjon for meg i arbeidet med intervjuguiden er å søke å fange inn både person og kontekst, vel å merke slik begge deler tar seg ut gjennom informantens briller - la det unike i hver informants opplevelse knyttet til skjermingsarbeid ved akuttposten få fortrinn foran det som måtte være av generaliserbar kunnskap.

Utarbeidelsen av intervjuguiden har vært en tidkrevende prosess der jeg har omsatt studiens problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål til konkrete temaer med underliggende spørsmål. Før den endelige intervjuguide ble utformet, gjennomførte jeg et prøveintervju med en erfaren psykiatrisk sykepleier ved akuttpsykiatrisk avdelingen for å teste intervjuguiden.

Etter prøveintervjuet ble intervjuguiden (Vedlegg 4) justert ved at spørsmålenes rekkefølge ble endret, og enkelte spørsmål ble reformulert (Jfr. Kvale, 2006). Prøveintervjuet var en verdifull opplevelse.

3.3 Gjennomføring av det kvalitative forskningsintervjuet

Det kvalitative intervjuet ble gjennomført ved hjelp av en halvstrukturert intervjuguide. Intervjuguiden ble ikke presentert for informantene på forhånd (Kvale, 2006). Dette for å kunne oppnå mest mulig spontane svar. Der det var behov for avklaring hva informantene mente, ble det stilt utdypingsspørsmål (jfr. punkt tre under Kvales seks trinn for analyse).

Informantene ble kontaktet på forhånd for å avtale tid for intervju. Informantene har bestemt tid og sted for gjennomføringen av intervjuene. Intervjuene ble gjennomført over en periode på 22 dager i februar 2008. Alle intervjuene fant sted på et møterom i akuttposten som var nøytralt både for forsker og informanter. Rommet var lyst og luftig med bord, gode stoler og kunst på veggene. Det ble under intervjuet servert kaffe.

Hvert intervju startet med en gjennomgang av informasjonsskrivet og avlevering av underskrevet samtykkeerklæring. Min rolle som forsker ble klargjort ved at vi hadde en samtale om dette. Intervjuene hadde en varighet på 60 til 90 minutter. Under intervjuene la jeg vekt på å ivareta kvalitetskriterier ved det kvalitative forskningsintervjuet slik de er beskrevet av Kvale (2006). I oppstart av intervjuet ble det lagt spesiell vekt på at hensikten med intervjuet var å få frem en forståelse av skjerming i den aktuelle akuttposten slik den oppleves fra informantenes ståsted.

Gjennom intervjuet la jeg vekt på å skape en god atmosfære ved å være oppmerksom, gi blikkontakt og støtte oppunder informantens refleksjoner med nikk, korte kommentarer og oppklarende spørsmål. Jeg fikk inntrykk av at informantene opplevde intervjusituasjonen som trygg, og de var interessert i å få frem sine meninger om hvor viktig god relasjon er for skjermingspasienter. Jeg hadde som mål for gjennomføringen av intervjuene at det skulle oppleves som en samtale mellom kollegaer, og det er min oppfatning at det ble slik. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbåndopptaker. Opptakene på bånd transkriberes så ut og utgjør det empiriske materialet. I tråd med en hermeneutisk forståelse vil erfaringer fra et intervju kunne påvirke det neste, de bygger på hverandre og følger hverandre mot en mest mulig helhetlig forståelse (Kvale, 2006). Det er viktig å beskytte informantenes konfidensialitet og

anonymitet. Alle lydopptak/lydfiler ble holdt nedlåst og beskyttet mot innsyn fra uvedkommende gjennom studien, og de skal slettes etter at mastergradsoppgaven er avsluttet.

3.4 Analyseprosessen

Analyse av kvalitative data dreier seg om å finne meningsinnholdet i teksten. Gjennom analysen blir det viktig å reflektere over hvordan kategorier som blir dannet, kan være med på å fremheve sentrale temaer i datamaterialet. Analysen kan ses i et hermeneutisk perspektiv skal her være: Tolkning, forståelse og refleksjon omkring temaet. Analysen har til hensikt å gjøre datamaterialet tilgjengelig for tolkning. Gjennom en åpen og kritisk refleksjon ønsket jeg å synliggjøre tema, mønstre og sammenhenger i de data som forelå. Den kvalitative analysen startet allerede under gjennomføringen av intervjuene. Kvale (2006) har beskrevet en analyseprosess i seks trinn, og jeg fulgte fire av dem. Trinnene forutsetter ikke hverandre kronologisk eller logisk, og jeg vil kort oppsummere trinnene og vurdere dem i forhold til studien.

I det første trinnet forteller informantene for eksempel om skjerming i akuttpsykiatriske avdelinger slik de oppfatter tema. Informantene fortalte meg hvordan de opplevde utfordringene i forhold til pasientene som har et sterkt behov for skjerming. Gjennom ulike spørsmål gav informantene sine beskrivelser av hvordan de opplevde god relasjon i forhold til skjerming. Stikkord og sammenhenger som spontant kommer frem, noteres. Uklarheter blir klargjort. Trinn to består i at informanten selv gjennom intervjuet kan oppdage ny mening og nye sammenhenger. For eksempel bruk av skjerming for å beskytte pasienten for seg selv i forhold til omgivelsene, behandlingsmetode, eller tvang. Gjennom dialogen blir disse erfaringene delt med forsker. Det tredje trinnet innebærer at intervjuer foretar fortetninger og tolker meningen i det som blir sagt. Dette foregår ved at forsker stiller spørsmål som oppklarer uklarheter i den fortløpende tolkning av svarene som informantene gir. Oppfølgingsspørsmålene kunne for eksempel være ”Har jeg forstått deg riktig når du sier at...?” og ”det du mener, er at du ikke opplever...”.

Ved denne fremgangsmåten fikk forskeren en bekreftelse eller avkreftelse om en hadde forstått informantens budskap (Kvale, 2006). I mine intervjuer gjorde jeg i tillegg en sammenfatning av hele intervjuet mot slutten slik at informantene kunne kommentere min forståelse av intervjuet som helhet. I fjerde trinn blir intervjuene tolket av forskeren. Dette skjedde ved at jeg lyttet gjennom alle intervjuene flere ganger. Alle transkriberte tekster ble

gjennomlest flere ganger. I gjennomgangen noterte jeg i margen stikkord på tema og meningskategorier.

Kvale (2006) trekker frem blant annet meningsfortetting og meningskategorisering som teknikker i analysen. Jeg har funnet disse teknikkene hensiktsmessige i forhold til mitt datamateriale. Jeg har søkt å korte ned informantenes uttalelser gjennom meningsfortettingen. Meningskategoriseringen tok utgangspunkt i temaene undersøkelsen handler om, som også fremgår av intervjuguiden. Gjennom refleksjonen over datamaterialet skjer det en interaksjon mellom forskerens forforståelse og tendenser i materialet. Forforståelsen har på en side vært med på å påvirke hvordan dataene har blitt organisert. På en annen side har møtet med datamaterialet medført at forforståelsen av meningsinnholdet i kategoriene har blitt videreutviklet (ibid). Gjennom videre arbeid med teksten utviklet jeg meningskategorier slik de trådte frem i teksten. Det konsentrerte tekstmaterialet ble skrevet på nytt og sortert under hver kategori. Alle tema ble merket med informantnummer slik at jeg kunne finne tilbake når sitater skulle velges ut til resultatpresentasjonen. Kategoriene ble satt opp i et hierarki etter hovedtema, undertema og grunntema (Kristoffersen, 1998). Den har ledet frem til tre hovedtemaer som belyses gjennom undertema og grunntema (se tabell 2 i kap. 4, s.54). Utarbeidingen av den strukturelle analysen var tidkrevende. Klipping og liming, bruk av fargekoder, samt tekstbehandlingsprogrammet Microsoft Word ble benyttet.

Kvale (2006) bygger det kvalitative forskningsintervju på en hermeneutisk- fenomenologisk metode og beskriver hvordan tolkningen av tekster kan gjøres i tre kontekster basert på selvforståelse, allmenn forståelse og en teoretisk forståelse som jeg valget å ta utgangspunkt i. *Selvforståelsen* relateres til informantenes egenforståelse. Den enkeltes uttalelser sorteres, relevante utsagn i forhold til skjerming identifiseres og kategoriseres (tabell 1).

Den *allmenne forståelsen* knyttes til trinn tre og utvider perspektivet ved å trekke inn forskers forståelse. Det tolkningsnivået er Kritisk forståelse basert på sunn fornuft. Informantenes egne ord og uttrykk benyttes, men forskeren kommer med egne refleksjoner. Problemstillingen utgjør konteksten for en kritisk lesing basert på sunn fornuft. I undersøkelsen vil dette vise seg i analysen gjennom presentasjonen av svarene fra informantene og det som har blitt mine tolkninger ut i fra en kritisk vurdering av svarene. Analysens fjerde trinn representerer en *teoretisk forståelse* hvor funn tolkes og drøftes mot det teoretiske rammeverket.

Selvforståelse	Kritisk forståelse	Teoretisk forståelse
Ansvaret for god relasjon og dialog er vårt. Tenker jeg. Det er vårt ansvar å etablere kontakt, allianse, tillit og alt som skal til for å få en relasjon.	Personalet uttrykker at deres ansvar vil være å bygge god relasjon, etablere kontakt og utvikle en samarbeidsarena.	Teori om god relasjon Skjerming Menneskesyn
Det virker som et lite fengsel, når en må være på et nakent rom, en seng på en vegg.	Pasienten er isolert fra fellesskapet, fratatt selvbestemmelsesretten, og oppleves både ensomt og krenkende, selv om det begrunnes med beskyttelse, hevder flertallet av personalet.	Teori om skjerming Lovverk Menneskesyn Autonomi og paternalisme
Det er ikke lett å skjule holdningene i kroppsspråket... Holdningene kommer fram.	Implementering av verdier og holdninger vil være en kontinuerlig prosess i pasientsamarbeidet.	Teori om god relasjon Skjerming Miljøterapi Menneskesyn

Tabell (1)

Kristoffersen (1998) sier at studiens teoretiske rammeverk danner en avgrensning og et perspektiv som virker styrende på tolkningen. Det teoretiske rammeverket vil på denne måten virke korrigerende samtidig som det lar empirisk materiale komme til uttrykk. Et eksempel på begrepene behandling, kommunikasjon og omsorg som har gått i mitt datamateriale vil ikke bli ytterligere utredet og beskrevet i denne sammenhengen, men fokus vil hele veien være inn i mot selve skjermingen og relasjonen.

3.5 Metodiske refleksjoner

Valg av forskningsmetode ble gjort med utgangspunkt i hvilken metode som best ville besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Etter min mening var det kvalitative forskningsintervju godt egnet som metodisk tilnærming.

Studien støtter seg på teoretisk litteratur og forskningslitteratur. Dette teoritilfanget danner grunnlaget som er sentralt i denne studien. Erfaringer fra litteratursøk og gjennomføring har vist at mye kunnskap finnes, men at den må brukes for å utvikle skjerming i akuttpsykiatriske avdelinger.

Studien ble gjennomført med syv informanter. Det siste intervjuet ga ikke så mye nytt, men bidro til å bekrefte materiale i de seks første. Med utgangspunkt i studiens rammer mener jeg at jeg nådde en rimelig datametning. Intervjuene ble gjennomført slik de var planlagt. Det tekniske utstyret fungerte bra, og det virket ikke som opptaksutstyret var forstyrrende for informantene. Lydkvaliteten på opptakene var god. Gjennom intervjuene fungerte intervjuguiden som en rød tråd. Jeg merket at jeg i de første intervjuene var mer bundet av temaene, men at jeg etter hvert klarte å frigjøre meg og ha en åpnere samtale.

Bruk av Kvaless (2006) tolv aspekter ved det kvalitative forskningsintervju ga meg en forståelse av intervjuenes struktur. Denne forståelsen sammen med min bakgrunn som miljøterapeut med lang erfaring ga et gunstig utgangspunkt i gjennomføringen av intervjuene. Manglende erfaring med forskning og manglende erfaring med den metodiske tilnærmingen virket i motsatt retning.

Under gjennomføringen av intervjuene hadde jeg høy bevissthet på å tilsidesette egen faglig forståelse og heller stimulere informantene til egne refleksjoner gjennom korte oppfølgende spørsmål. Mine innspill fungerte derfor mest avklarende, strukturerende og sikret fremdrift i intervjuet. Min stemme kom først frem gjennom den avsluttende oppsummeringen hvor det empiriske materialet kunne bli påvirket av min forståelse gjennom det jeg vektla.

Oppsummeringen med klargjørende spørsmål kunne på denne måten virke ledende. Dette var noe jeg var bevisst på i intervjuet og i analyse og tolkning. Kvale (2006) sier at ledende spørsmål kan bidra til å utdype problemstillingen og dermed bidra til å bedre studiens reliabilitet. Det er min erfaring at oppsummeringen fungerte på denne måten.

Intervjuene ble skrevet ordrett ut og kvaliteten på det transkriberte materiale var god. Jeg erfarte likevel at utskrevet muntlig tale er tungt tilgjengelig og må arbeides mye med for å gi oversikt og sammenheng.

I analysearbeidet fulgte jeg analysetrinnene slik de er beskrevet av Kvale (2006).

Analyseprosessen opplevde jeg krevende både i forhold til tid og for å holde oversikten. Med ca. 104 sider transkribert datamateriale måtte meningsfortetting og meningskategorisering gjøres i flere trinn. Selv om det var noen frustrasjoner underveis, mener jeg at analysen fungerte bra. Dette fordi jeg var forberedt på at den krevde systematikk og ville ta tid. Studiens funn blir presentert gjennom en skriftlig masteroppgave.

3.6 Generaliserbarhet, validitet og reliabilitet

Generaliserbarhet handler om studiens funn er allmenngyldige. Kvale (2006) drøfter generaliserbarhet ved å vise til psykologisk forskning. Han mener det er en god metode å gå i dybden på et tema med få informanter hvis en virkelig ønsker å forstå et fenomen. Gjennom en fenomenologisk beskrivelse og hermeneutisk tolkning er funnene i denne studien løftet opp på et teoretisk refleksjonsnivå. Ved å følge de kvalitative trinnene i analyse og tolkning mener jeg at studiens funn har betydning også utover det konkrete forskningsfeltet. Materialet gir en forståelse som bidrar til at det terapeutiske innholdet i miljøterapi synliggjøres, diskuteres og dermed ytterligere kan videreutvikles.

I all forskning er det et krav at forskningen skal være reliabel og valid. I kvalitativ forskning er pålitelighet og gyldighet en integrert del av hele forskningsprosessen (Kvale, 2006).

Begrepet *validitet* knyttes til gyldighet og relateres til om en virkelig og riktig måler det en ønsker å måle, det vil si om en treffer i forhold til forskningsspørsmålene (Friis og Vaglum 1999). Kvale (2006: 166) viser til Pervin (1984) som sier at:

"I en bredere tolkning har validitet å gjøre med i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke, i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomener eller variabler som en ønsker å vite noe om".

Han beskriver videre hvordan validitet ivaretas gjennom en intervjuundersøkelse. Validiteten knyttes til studiens teoretiske for forståelse, metodevalg, informantenes troverdighet og intervjuers kompetanse, kvaliteten på det transkriberte materiale, kvaliteten på analysen, hvordan forskers konklusjoner prøves ut på informantene og hvordan den endelige rapporten

makter å gi en gyldig beskrivelse av studiens funn. Validitetsvurderinger knyttes slik sett til hele gjennomføringen. Valideringsprosessen har i denne studien tatt utgangspunkt i Kvale (2006:165) og hans validering i syv stadier: tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, validering og rapportering. Gjennom analysering og validering har Kvales prinsipper blitt fulgt så nøyaktig som mulig.

Utvalget ble gjort med bakgrunn i utvalgskriteriene som sikret at informantene hadde en tilstrekkelig forforståelse til å kunne besvare studiens forskningsspørsmål. Som fagperson med lang erfaring fra miljøterapi satt også jeg med mye forforståelse. Den intersubjektive validiteten ble ivaretatt ved at jeg gjennom intervjuene stilte kontrollspørsmål som: ”Har jeg forstått deg riktig når du sier at...?” Jeg har lagt vekt på å skape trygghet og tillit til informantene og gitt uttrykk for at jeg var interessert i deres ærlige oppfatninger om skjerming, og at jeg ikke ute etter rette og gale svar.

Jeg opplevde informantene som oppriktige i sine uttalelser og som engasjerte i temaet. Informantenes konsentrasjon, oppmerksomhet, motivasjon og dagsform kan i noen grad ha preget svarene. *Den kommunikative valideringen* ble skapt gjennom dialogen i intervjuet. Det er min erfaring at disse valideringsformene bidro til å utdype tema, og transkriptet viser også det. Min erfaring er likevel at informantene fikk mye rom, dialogen fløt godt, og at datamateriale totalt sett gir et dekkende bilde av skjerming i den akuttpsykiatriske avdelingen slik informantene opplever den.

Validiteten av datainnsamlingsmetodene som er valgt, drøftes i forhold til om de er tilpasset studiens hensikt, problemstillinger og teoretiske rammeverk. Det var naturlig å velge en kvalitativ forskningstilnærming i denne undersøkelsen siden jeg ville ha tak i informantenes opplevelser og erfaringer. I avgjørelsen av om en metode undersøker det den er ment å undersøke, må man også ha en teoretisk oppfatning om det som skal undersøkes. Med andre ord er tolkningsverifisering en iboende del av teorigenereringen. Ifølge Kvale (2006) inngår validitetsdrøftinger i alle faser av undersøkelsen. Det blir på en måte en sikkerhetskontroll.

Validiteten i datamaterialet styrkes ved at forskeren stiller velegnete spørsmål som gir informantene mulighet til å komme med innholdsrike og fyldige uttalelser (Dalen, 2004). Jeg har stilt spørsmål som er presise og dekkende for problemstillingen. I intervjusituasjonen har jeg definert innholdet i begrepene som blir anvendt, og omformulert spørsmålene ved behov. Jeg har tatt opp intervjuene på lydbånd for å legge et best mulig grunnlag for senere

bearbeiding, tolkning og analyse av datamaterialet. Intervjuene var fortløpende transkribert. I transkriberingen har det skjedd en oversettelse fra det muntlige til det skriftlige språket. Om en transkripsjon er valid, er ifølge Kvale (2006) umulig å svare på siden det ikke finnes en sann, objektiv oversettelse fra det muntlige til det skriftlige språket. Jeg har lagt vekt på en grundig gjennomgang av lydopptakene for å sikre validiteten. Likevel kan det aldri utelukkes at der er informasjon jeg har gått glipp av i løpet av transkriberingen.

Reliabilitet handler om hvor pålitelig studien er og er primært knyttet til intervju, transkripsjon og analyse, hvor forskeren ved hjelp av nøyaktighet i prosessen har vektlagt dette. Særlig gjelder dette i forhold til intervjuguide og ved formulering av spørsmål under gjennomføringen av kvalitative forskningsintervju. Dette har vært relatert til sammenhengen mellom reliabilitet og validitet at høy reliabilitet er en nødvendig forutsetning for at dataene skal ha høy validitet (Hellevik, 2003). God reliabilitet hviler på om kvaliteten i gjennomføringen er god nok til å få svar som en kan stole på. I det kvalitative forskningsintervjuet er forsker selve instrumentet. I denne studien vil derfor reliabiliteten hvile på forskers forberedelser, gjennomføring og etterarbeid. Det er min opplevelse at jeg har vært godt forberedt i gjennomføring av studien.

En halvstrukturert intervjuguide ble benyttet som sikrer at informantene gir data om de samme temaområdene. Informantene har vært ulike, og noen intervjuer har gitt fyldigere informasjon enn andre. Intervjuene har gitt ny innsikt, og det har ført til at utdypningsspørsmål har vært noe ulike i de forskjellige intervjuene. Dette kan sees som et uttrykk for at det oppnås en ny innsikt som har betydning for de spørsmålene som stilles informantene som kommer etter (Kvale, 2006). Data består av lydbånd og transkripsjoner. Transkribering medfører også en viss form for tolkning.

Kvale (2006) er opptatt av transkripsjonens pålitelighet. Ved å lytte på båndene flere ganger og sammenholde avspillingen og den transkriberte teksten øker sannsynligheten for at meningsinnholdet er bevart i prosessen mellom intervju og transkribering. Å gjøre arbeidet pålitelig krever ærlighet av den enkelte forsker.

Hele forskningsprosessen er fulgt opp av veileder. Denne forskningsstøtten vil bidra til å bedre studiens reliabilitet og validitet.

3.7 Begrensninger

Det er nødvendig å begrense og begrepsavklare noen forhold vedrørende studien. Studien retter seg spesifikt mot skjerming i akuttpsykiatriske avdelinger som fenomen. Dette kan ses som en del av et større bilde relatert til en behandlingsprosess. Begrepene handling, omsorg og kommunikasjon vil ikke bli ytterligere utredet og beskrevet i denne sammenhengen, men fokus vil hele veien være inn i mot selve skjerming og relasjon. Når det gjelder pasientgruppen, er det gjort en begrensning opp mot pasientgruppen som blir skjermet etter et formelt vedtak om skjerming (Phvl.§ 4-3). Pasientbegrepet vil bli anvendt med bakgrunn i at studien har sin kontekstuelle ramme innenfor et psykiatrisk sykehus, og at dette er et begrep som er innarbeidet der. Hos informantene i studien finner man en overvekt av personale med sykepleiefaglig bakgrunn. Studien har ikke en spesifikk vinkling mot denne yrkesgruppen, heller et fokus på tverrfaglighet. På bakgrunn av dette vil begrepene personale, miljøpersonale og hjelper benyttes. Begrepene respekt, lytting, forståelse, tillit, og toleranse vil ses i relasjon. Andre perspektiver på disse begrepene vil ikke bli anvendt. Avgrensing var derfor viktig

3.8 Feilkilder

Resultatene fra et forskningsprosjekt vil alltid være heftet med visse feilkilder. Feilkildene kan oppstå både ved planlegging, innsamling og bearbeiding av dataene. Dette reduserer selvfølgelig undersøkelsens beslutningsgrunnlag og resultatenes pålitelighet. Det er derfor viktig at vi kjenner feilkildene, og at vi tar hensyn til dem. Hvilke feilkilder som vil påvirke informasjonen og konklusjonene våre, vil være avhengig av datatype.

Halvorsen (1993) mener at i tolkning av kvalitative data må forskeren spørre seg om resultatet er påvirket av de metoder som er brukt for utvalg, innsamling, bearbeiding og analyse av informasjon, og om dette representerer en eller flere feilkilder. Feilkilder kan for eksempel være sviktende validitet, sviktende reliabilitet, kontrolleffekter, skjevhet i utvalget, feil ved koding og effekt av analyseopplegget. Noen aspekter knyttet til dette har jeg allerede tatt for meg.

Feilkilder kan ha forekommet ved innhenting og bearbeiding av data. Halvorsen (1993) hevder at ord ikke alltid er dekkende for hva informantene mener. Dette betyr at svarene må tolkes ut ifra mimikk, tonefall og kroppsspråk, og nye spørsmål må stilles for å kontrollere om tolkningen er dekkende for det informanten mener. Jeg vil likevel anta at mine informanter er

profesjonelle i sitt yrke, at de var troverdige og ønsket å være behjelpelige med sine erfaringer og kunnskaper for min masteroppgave. Likevel var det sikkert at dette ville påvirket resultatet og tolkningen av intervjuene.

Halvorsen (1993) hevder at det kan være forskjell på det man sier og det man gjør i praksis. I hvor stor grad dette gjelder mitt resultat har jeg ikke belegg for å uttale meg for mye om. Det kan imidlertid hende at formålet med intervjuene kan påvirke resultatet. Denne effekten kan blant annet skyldes at informantene svarer det de tror forsker vil høre for å gjøre et godt inntrykk eller for ikke å virke uvitende.

3.9 Etiske overveielser

I et hvert forskningsopplegg er etiske spørsmål av interesse. Etiske overveielser i denne studien vil i første rekke omhandle forhold som har med informanter og data å gjøre. Etiske avgjørelser hører ikke til noen enkel del av intervjuundersøkelsen, men må foretas gjennom hele forskningsprosessen (Kvale, 2006). Den etiske tenkningen skal vurderes under hele arbeidsprosessen i et forskningsprosjekt. En intervjuundersøkelse, er en moralsk gjerning, den personlige interaksjonen som skjer under intervjuet og kunnskapen som produseres i intervjuet, påvirker vårt syn på menneskets situasjon (ibid).

Hummelvoll (2004) utdyper og sier at en etisk refleksjon skal sikre informantenes autonomi, at forskningen er til nytte, at den ikke er til skade for informantene, og at den yter informantene rettferdighet. Jeg ønsket derfor å knytte de etiske vurderingene til NESH sine forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora (NESH, 2006). De etiske vurderingene blir gjerne knyttet opp til krav om informert og fritt samtykke og krav om konfidensialitet.

Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) i 14. November 2007. Positivt svar derfra er mottatt i brev form, datert 10. januar 2008 (Vedlegg 5). Studien var ikke meldepliktig overfor REK (Vedlegg 6). I tillegg har akuttseksjonsleder ved den aktuelle avdelingen støttet at studien ble gjennomført.

Alle informantene har på bakgrunn av skriftlig og muntlig informasjon gitt informert samtykke. De ble gjort kjent med at deltagelse var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg. Utvalget besto av voksne ansatte ved akuttpsykiatrisk avdelingen som hadde

samtykkekompetanse. Det var viktig å presisere at fokuset på studien ble lagt på hvordan personalet beskrevier skjerming og betingelse for en god relasjon i forhold til skjerming slik at pasientenes integritet og verdighet ivaretas. Personopplysninger om pasienter var ikke relevant i denne undersøkelsen og ikke i fremstillingen av datamaterialet. Forskningen ble lagt opp slik at informantenes sikkerhet og rettigheter ble ivaretatt.

Drøfting av data ville skje mot teori, tidligere forskning og situasjonen i den aktuelle avdelingen. For forskeren er det viktig å ha denne refleksjonen slik at fagfeltet totalt sett ytes rettferdighet i fremstillingen. Hele studien har fulgt etiske retningslinjer slik de er beskrevet. Jeg mener at hensynet til informantene er ivaretatt både gjennom intervju, behandling av data og i fremstillingen av materiale. Full konfidensialitet for alle informanter er en selvfølge.

Alt datamateriale oppbevares nedlåst, beskyttet mot innsyn fra uvedkommende og håndteres slik at retten til konfidensialitet sikres. I masteroppgaven vil materiale være anonymisert og fremstillingen sikre at data ikke kan føres tilbake til den enkelte. Lydopptak/lydfiler vil bli slettet senest 30. juni 2009, noe som også er i tråd med godkjenning fra NSD.

4.0 Resultatpresentasjon

Dette kapitlet vil presentere en strukturell analyse av datamaterialet. En oversikt over funnene presenteres i tabell (2). Analysen representerer tolkning på et selv- og allmennforståelsesnivå (Kvale 2006). Den har ledet frem til tre hovedtemaer som belyses gjennom undertema og grunntema (Kristoffersen, 1998). Undertema fremkommer punktvis under hovedtema, mens grunntema fremkommer løpende i teksten. Fremstillingen understøttes av sitater fra informantene. Sitatene er i størst mulig grad gjengitt slik de fremkom, men noen ganger med en forsiktig språklig redigering for å gjøre dem lettere tilgjengelig for leseren uten at meningsinnholdet er endret.

Hovedtema	Undertema	Grunntema
Den gode relasjon	Personale og pasienter står i et relasjonelt forhold til hverandre	<ul style="list-style-type: none"> - Nærhet og avstand, samarbeid på pasientenes premisser - Personale som rollemodell i relasjonen - God dialog - Dilemma i relasjon
Personalets beskrivelse av skjerming	Å beskytte pasienten	<ul style="list-style-type: none"> - Å hjelpe et menneske som ikke er i stand til å sette grenser for seg selv - Å kunne gi trygghet - Å få etablert en allianse - Å skape ro
	Etiske utfordringer i arbeidet	<ul style="list-style-type: none"> - Å respektere autonomi - Å bevare integriteten - Å balansere mellom autonomi og paternalisme
	Tanke og følelse	<ul style="list-style-type: none"> - Meningsfullt - Engstelig og redd

	Dilemma i skjerming	<ul style="list-style-type: none"> - Idealer og realiteter i skjerming - Sikkerhet i en skjermingssammenheng
Personalet som redskap for å trygge pasient	Kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> - Personalets faglighet - Å oppleve trygghet - Utarbeide den konkrete skjerming
	Medmenneske	<ul style="list-style-type: none"> - Personalets holdninger og verdier - Personlig egnethet

Tabell (2)

4.1 Den gode relasjon

4.1.1 Personale og pasienter står i et relasjonelt forhold til hverandre

Alle informantene understreket nødvendigheten av å etablere en god relasjon. Denne relasjonen vil være påvirket av problemstillinger knyttet til skjerming i akuttpsykiatrisk avdeling. Pasienten trenger å ha kontakt med andre for å bekrefte sin eksistens samtidig som den samme kontakten skremmer og gjør at han trekker seg unna. Regulering av avstand og nærhet står derfor helt sentralt når personalet skal etablere en relasjon som pasienten kan delta i. Det kan være vanskelig å vite hvor mye en skal støtte og utfordre i situasjonen, og at dette er noe de trenger veiledning på. En informant uttalte at:

”... Jeg som arbeider med skjermingspasienter, tenker så mye på regulering av nærhet og avstand. Hvor nær kan jeg gå en pasient som er psykotisk. Pasientene er utrygge og engstelige ... ”.

Å etablere kontakt og finne den rette tonen med en skjermingspasientgruppe gjøres ved en fin balansering av nærhet og avstand, finne tempo og bli tydelig for hverandre, er særlige utfordringer informantene trekker fram. En av informantene sa dette slik:

”... Når jeg deltar i skjerming, er jeg mer opptatt av at pasienten skal føle seg trygg, og selvsagt min trygghet, også, Jeg forsøker å skape god kontakt for å bygge den gjensidige relasjonen ... ”.

Flere av informantene trekker fram hvor viktig det er å opptre ærlig både overfor seg selv og pasienten som grunnlag for relasjonsetablering. Det understrekes hvor viktig det er å være i det første møtet, ta "magefølelsen" på alvor, føle seg fram, registrere kroppsspråk og ta inn stemninger, finne den gode plasseringen i rommet og det riktige tempoet i samspillet. Dette er en type kompetanse som knyttes til den enkelte pleier, og som skapes og forfines i stadig nye møter kombinert med refleksjoner under og etter samværet.

Skjermingspasientene er en sårbar pasientgruppe med funksjonsnedsettelse på flere områder. En av disse funksjonsnedsettelsene kan være av språklig art som gjør at pasienten har vanskelig for å gjøre seg forstått. Språket til den psykotiske pasienten kan inneholde ord og begreper som har en særegen betydning, og som kan vanskeliggjøre forståelsen. Her framhever personalet relasjonen til pasienten som viktig: Selv om man ikke når fram til pasienten med en verbal kommunikasjon, kan likevel en relasjon bygges og opprettholdes gjennom å være sammen med og å være tilstede. En informant sa det slik:

"... Noen har ikke språk, men likevel er det kommunikasjon. Blikk, ta på, kroppslig kontakt kommuniserer, og ... Vi kan ha relasjon selv om vi ikke kommuniserer så mye ... Det er viktig at budskapet blir forstått av pasientene".

Informantene understreker at det ikke er grunn til å snakke mye innledningsvis, men å finne de viktige og riktige ordene, dvs. ordene som fremmer trygghet og tillit i motsetning til ord som provoserer, sårer og skaper avstand. Pasientene kan ha problemer med å sette ord på egne tanker og følelser. I tillegg vil mistenksomhet og sanseforstyrrelser kunne lede til feiloppfatninger som igjen vil prege kontakten. For å motvirke dette vektlegger informantene å ha sammenheng mellom verbal og nonverbal kommunikasjon. Psykoselidelsen representerer en sårbarhet i relasjonelt arbeid som det er personalets ansvar å håndtere. En informant sier at:

"... Vi evner ikke samtalen ... Vi forstår ikke hva de sier ... Vi klarer ikke å nå frem ... Men pasientene er ikke vanskelige ...".

For å bygge gode relasjoner og utvikle den gode dialogen vil flere faktorer være viktige. En faktor er at personalet kjenner pasienten godt, en annen er "god kjemi" dem i mellom. Enkelte ganger er dette vanskelig å få til. Da mener personalet at det er nødvendig å holde muligheten åpen for at en annen kollega kan ta over. Likevel er det personalets innstilling til og vilje til å møte pasienten med ønske om å forstå som er avgjørende for relasjonsbyggingen. En informant understreket dette ved å si at:

"... Jeg greie å ha rom til vedkommende i hjertet mitt ... Når jeg kommer noen i møte og har noe å bidra med som er til hjelp ...".

Dette utsagnet understreker betydningen av å åpne opp, ha godhet og empati for den som trenger hjelp. Flere hevder at det er viktig å møte pasienten på en likeverdig måte og framhever respekt for pasienten som en sentral verdi i møtet med den enkelte. En av informantene uttalte at:

"... Vi må greie å ta vare på de små positive tingene ... Vi må se noe annet enn sykdommen, og dermed se at vi blir to likeverdige personer ...".

For å kunne utvikle en god relasjon og dialog, sier informantene at en åpen holdning og det å lytte til pasienten er viktige faktorer i pasientsamarbeidet. Relasjoner i pasientarbeidet skapes gjennom personlige møter preget av gjensidighet, likeverdighet og delaktighet. Å skape tillitsfulle relasjoner til denne pasientgruppen vil være en faglig utfordring, blant annet på grunn av at flere pasienter preges av mistenksomhet og kommunikasjonsvansker.

Personalet har et ansvar som rollemodeller i relasjonen. Gjennom intervjuene ble det uttrykt at det er personalets ansvar å etablere gode relasjoner. En informant sa:

"... Det er en utfordring i skjermingsarbeidet her ... Det er jo det med å prate, og ikke avvise ... og pasienten bli møtt på en respektfull og god måte ...".

Det utsagnet viser at respekten er sentrale holdninger i møtte med pasientene og viser at personale har stor roll for å etablere god relasjon mellom dem. Personalet viser også at de prioriterer å bruke tid for å komme i kontakt med pasientene, og informantene beskriver avvisning og tilbaketrekning som utfordringer knyttet til å komme i posisjon. Ved at de holder ut, og fortsetter å tilby, viser de at mellommenneskelige ferdigheter og faglighet er av betydning for å komme i kontaktforhold. Inne på skjermingsenheten opplever personalet å leve i spennet mellom den tradisjonelle vokterrollen, med firkantede regler, og en tydeligere omsorgsrolle, med egenskaper som støttespiller, medspiller, trygghetsformidler, altså en mer samarbeidsorientert rolle. Slike egenskaper behøves når pasienten opplever mye indre kaos.

God dialog kan gi muligheter til å finne nye meningsfulle ord og uttrykk som skaper økt forståelse. Dialogen er en viktig tilnærmingssåte i skjerming, for å kunne forstå pasientenes opplevelse av situasjonen. Dialogen er også med på å sikre at pasientene opplever medbestemmelse og innflytelse på eget behandlingsopplegg. Gjennom det å skape trygghet og

tillitt, vil den språklige funksjonsevnen bedres. For å bygge gode relasjoner og utvikle den gode dialogen vil flere faktorer være viktige. En faktor er at personalet kjenner pasienten godt, en annen faktor er at pasienten snakker bedre med et personale enn et annen, og at kjemien dem i mellom er god. Enkelte ganger kan det allikevel være svært krevende å få dette til. En informant sa:

”... Man får absolutt ikke i stand en god dialog ... Når pasienten har det så vanskelig, så er han ofte ikke tilgjengelig for kommunikasjon ... Da er han aggressiv og psykotisk ... ”.

I en slik situasjon poengterer personalet at det er viktig å la pasienten få ro til han har gjenvunnet kontrollen, for på et seinere tidspunkt å ta opp med pasienten om det er andre måter å takle en vanskelig situasjon på.

Personalet utvikler en sterkere bevissthet om **dilemma i relasjonsarbeidet**. En slik bevissthet kan føre til at personalet opplever seg som ansvarlige aktører i relasjoner med psykotiske pasienter. Hva som skjedde mellom personalet og pasientene viser det seg at relasjonene karakteriseres av at de er motsetningsfylte og flertydige. De er kort og godt preget av dilemma. Dilemma i relasjonen viser til at personalet står overfor ulike og motstridende krav og hensyn som må balanseres i de ulike situasjonene.

Dilemma i relasjonen viser til at personalet står overfor ulike og motstridende krav og hensyn som må balanseres i de ulike situasjonene. En informant uttalte:

”... Det er viktig at vi balanserer maktbruken. Tenker jeg ... Altså, når vi sier: Du får ikke lov ... Du får ikke komme ut ... Dette kan du ikke gjøre for da skjer det eller det ... ”.

I slik situasjon hva som kan ligge til grunn for at en situasjon kan være så negativ og fastlåst. Når personalet ikke ser på pasienten og bare ser på reglene, så dette er dilemma i relasjonen.

Relasjonen mellom personale og skjermingspasientgruppe står i spenningsfeltet mellom *ansvarlighet* og den motsatte ytterlighet, nemlig *ikke ansvarlighet*. Dette viser til at personale i realiteten er ansvarlig for å ivareta pasientens behov for selvforståelse fordi de er sammen med pasienten i skjermingsenhet på avdelingen. Samtidig ser det ut til at de definerer ansvaret for å ivareta pasientens selvforståelse til å ligge hos legen.

4.2 Personalets beskrivelse av skjerming

Det er viktig å være klar over at skjerming er en behandlingsmetode i akuttpsykiatrisk avdelingen som på den ene siden er et viktig og nødvendig sykepleietiltak samtidig som den ofte kan oppleves som en form for straff av enkelte pasienter. Informantene understreket at kvaliteten av skjermingssituasjonen var utslagsgivende, og at selve det å begrense krav og stimuli ikke kunne isoleres fra måten denne begrensningen ble gjort på. Oftest ble skjerming forbundet med skjerming i en egen skjermingsenhet eller på pasientens rom. Måten å gjennomføre skjerming på kan ses både i relasjon til vanlige skjermingsprosedyrer og måter å forholde seg på ved gjennomføringen av disse.

Analysen viser at dette hovedtemaet kan deles i undertemaene: Å beskytte pasienten, etiske utfordringer i arbeidet, tanke og følelse og dilemma i skjerming

4.2.1 Å beskytte pasienten

Å hjelpe et menneske som ikke er i stand til å sette grenser for seg selv. Begrepet beskyttelse brukes ofte og i ulike betydninger i akuttposten. Det kan bety beskyttelse fra indre kaos og fragmentering, beskyttelse mot den truende ytterverdenen. Skjerming er å beskytte pasienten for seg selv i forhold til omgivelsene. Personalet er opptatt av å beskytte medpasienter fordi de ikke tåler så mye av følelsesmessig utagering og konflikter. En informant sa det slik:

"... Når pasienten er tankekaos og ikke kan ta vare på seg selv, har pasienten best av å bli trukket ut av miljøet og bli skjermet på eget rom, best for pasienten og medpasienter, tenker jeg ...".

På grunn av pasientens situasjon, for eksempel indre kaos, greier ikke pasienten å forholde seg til andre medpasienter på en vanlig måte. En informant utalte at:

"... Det er viktig med skjerming for å beskytte pasienten for seg selv i forhold til omgivelsene, når pasienten står i fare for selvskading... Når pasienten ikke greier å la være å ødelegge ting ...".

Informanten viser at skjerming er aktuelt for å unngå for mange impulser og å hjelpe pasienter som ikke er i stand til å sette grenser for seg selv, til å sette grenser for å hindre blamering, for å begrense inntrykk og beskytte pasienten mot utagering. En informant sa det slik:

"... Vi setter grenser for pasienten, når vi ser at han går for langt og ikke greier å forholde seg til andre medpasienter ...".

Dette utsagnet viser at personalet ser på den sette grense som viktig og til beste for pasienten. Informanten viser til lovverk som skal sikre pasientrettigheter. Mange av pasientene i avdelingen er ikke frivillig innlagt, og avdelingen har stort fokus på lovverk og forskrifter. En informant utalte at:

"... Vi har et lovverk som sier oss når og hvordan vi skal skjerme pasienter ... Vi har Psykisk helsevernloven og andre lover som beskytter pasientene i forhold til pasientrettigheter ...".

Det kommer fram at informantene sin begrunnelse passer godt med faglitteraturen og har en tydelig tyngde på beskyttelse og begrensning av ytre stimuli, og sitatene viser at personalet har en god grunnleggende forståelse av hensikten med skjerming.

Å kunne gi trygghet. En grunnstrategi i den kaotiske tilstand er "å slå ring rundt pasienten" på hver vakt. Pasienten, som er i psykisk ubalanse og har behov for trygghet og støtte, kan oppleve denne ringen som en god sirkel hvor han kan la seg falle og gi seg over i forvissning om at han blir mottatt med gode håndtak før han faller for dypt og opplever angst og utrygghet. Det er snakk om å danne en base preget av trygghet for pasienten. At pasienten føler seg trygg beskrives som et helt sentralt element. Tilrettelegging er mye fokusert på og satt i mot trygghet, det å skape en nærhet, tillit og positiv opplevelse for pasienten. En informant utalte at:

"... Vi etablerer trygghet og oppnår tillit ... vi orker å stå i situasjonen ... vi må klare å se forskjeller for å justere opplegget etter den enkelte ... Jeg tenker at en pasient med psykose trenger ganske mye trygghet ... å ha tålmodighet".

Dette utsagnet viser at personalet har evnen til "å stå i situasjonen" og vise pasienten respekt når han har sine reaksjoner og utageringer, samt vil det kunne medføre at man fungerer som en emosjonell stabilisator.

Å få etablert en allianse. Å møte en person dypt inne i sin psykotiske verden er både fascinerende og krevende og kan enkelte ganger være som å møte "et menneske fra en annen verden", eller som en av informantene litt oppgitt uttrykte det:

"... Vi forstår ikke dem og de forstår ikke oss...".

Å bygge en trygg allianse er en krevende oppgave for personalet. Det fokuseres på denne prosessen både i den første fasen og fortløpende gjennom hele forløpet inne på skjermingsenheten. En informant utalte at:

"... Vi vil først og fremst få en allianse med pasienten. Men det kan være vanskelig spesielt ved psykose ...".

Informantene viser at selve grunnlaget for alliansebygging er kommunikasjon og felles forståelse. Her sies det noe om den profesjonelle og personlige kompetansen og de særlige utfordringene som oppstår i forholdet med pasienten.

Å skape ro. Det kan være en ekstra belastning for pasienter i psykotisk krise å være i avdelingens felles miljø med mange andre medpasienter. I en slik tilstand er skjerming bra for å skape ro for pasientene. En informant sa det slik:

"... Den psykotiske pasienten må føle seg trygg og trenger ro ... Jeg synes de utagerende og urolige er den største utfordringen... Utfordringen for meg er å holde meg rolig og formidle trygghet ...".

Her sies det noe om den profesjonelle og personlige kompetansen og de særlige utfordringene som oppstår i forholdet med pasienten. Det stilles store krav til følgende kvaliteter hos personalet: evne til kontaktetablering, evner til å være sortert og sorterende overfor pasientens psykotiske forvirring og projeksjoner.

4.2.2 Etiske utfordringer i arbeidet

Å respektere autonomi. Informantene viser at skjerming medfører at pasienten delvis avstår fra autonomi, og denne situasjonen krever innlevende forståelse, og det krever både klokskap og kjærlighet fra personalets side. Resultatene i studien synliggjør at verdien respekt er integrert i personalets daglige arbeid. Respekt viser seg gjennom å ha aktelse, ærbødighet for pasientene. En av informantene utalte at:

"... Jeg synes det alltid er viktig å møte pasienten med respekt og ... uansett hva du skal gjøre, så er respekt viktig ... Å ivareta pasientens autonomi og ... når du skal få til noe sammen med noen, så må man få det til med verdighet...".

En annen informant sa:

"... Vi informerer og begrunner ... pasienten må være med på råd og ta bestemmelser så langt som mulig ...".

Disse utsagna viser at respekt er sentrale holdninger, og at personalet er opptatt av å informere om og begrunne skjerming som behandlingstiltak, og det er opptatt av konsekvensene, samt ivareta pasientens autonomi.

Å bevare integriteten. Det er svært sentralt å arbeide bevisst for å ivareta pasientens integritet og den innflytelsen han har rett til både etisk og juridisk. Det innebærer å sørge for å gi pasienten all den informasjon vedkommende trenger, på et språk og i en form som gjør det tilgjengelig og betryggende for pasienten. Man kan i ulike situasjoner og livsfaser miste sin autonomi, men sin verdighet har ingen rett til å ta fra en. En informant sa det slik:

”... Å ivareta pasientens integritet er en fortløpende utfordring gjennom hele innleggelsen, ... men er særlig betydningsfull i perioden inne på skjermingsenheten ... ikke ta fra ham verdigheten ... men bli sett som person, verdsatt og respektert ...”.

Her uttrykkes utfordring å ivareta pasientens integritet og verdighet hele innleggelsen, pasienten bli sett som person, ikke krenket og møtes med respekt.

Å balansere mellom autonomi og paternalisme. I skjermingssituasjonen er å tilstrebe balanseposisjonen i retning av den ønskede paternalismen. I dette balansepunktet gis rom for et åpent og trygt møte som kan fremme en trygg allianse mellom personalet og pasientene. For å finne dette gode balansepunktet må en ofte bevege seg mellom å intervensere tydelig og bestemt. Denne dynamiske bevegelsen krever både sanseskarphet og en trygg integrert faglighet. En slik posisjon kan man skape ved en undrende, respektfull grunnholdning og ved å prøve ut det som kommer fram i dialogen og samspillet. En av informantene utalte at:

”... Jeg tenker at det er viktig at vi balanserer mellom autonomi og paternalisme, for det hender jo at noen gjør ting som ikke er bra for seg og... Jeg synes det er viktig å være ærlig i forhold til hva som kan skje ...”.

En annen informant sa:

”... Når vi fratar pasienten styringsretten over egen situasjon, setter begrensinger og bestemmer over han... vanligvis ser pasienten på dette som tvang, straff, og... så det er viktig at vi balanserer mellom autonomi og paternalisme ...”.

Informantene viser at det er en utfordring i en skjermingssituasjon å skille klart mellom de faglige og de etiske utfordringene fordi de veves sammen i den praktiske samhandlingen. Det å gå noe dypere i sine refleksjoner over samhandlingskvaliteten og oppøve en felles innlevelse i pasientens opplevelse krever tid og rom. Etikken er en sentral del av omsorgsfagets

verdigrunnlag og er en sterk kilde til engasjement og innlevelse når den enkelte pleier opplever å realisere disse verdiene.

4.2.3 Tanke og følelse

Meningsfullt. For å kunne skape forutsetninger for å fremme opplevelse av mening hos pasienter med psykiske forvirringstilstander under skjermingen, er at personalet opplever sitt samspill og pleie som meningsfylt. En informant utalte at:

”... det har en hensikt ... får tilbake noe positivt ved at pasienten blir bedre etter hvert ...”.

Informanter viser at det er imponerende å se hvor mange som opplever dette utfordrende skjermingstiltaket som meningsfullt, og det viser nok hvor mye en er opptatt av engasjement og omsorg.

Engstelig og redd. Informantene beskriver en stor bredde i opplevelsene, fra frykt og noe mer moderate opplevelser av utrygghet. En informant beskriver det slik:

”Jeg er redd for å bli skadet ... ved fysisk utagering særlig når pasienten er stor og sterk og vil ”ta” på meg ...”.

En annen informant utalte at:

”... Jeg er så redd når pasienten uten forvarsel utagerer og ... når en ikke oppnår kontakt med pasienten som er sint og aggressiv ... Ikke i hverdagen, men i enkelte situasjoner ...”.

Disse utsagna viser at personalet følger seg redd og utrygg når pasienten sint, aggressiv og utagerer uten forvarsel. Noen av informantene sa at hovedopplevelsen i samspillet med den skjermete pasient er særlig knyttet til det første møtet.

4.2.4 Dilemma i skjerming

Idealer og realiteter i skjerming. I og med at den psykotiske pasienten ofte innlegges mot sin egen vilje, blir det et spenningsforhold mellom de etiske prinsipper paternalisme og autonomi. Prinsippet om at pasienten skal informeres om behandlingstiltak og konsekvensene av dem, samt å gi sitt samtykke til behandlingen, blir ikke fulgt ved tvangsinnleggelse. Dette trekkes frem som et dilemma.

Informantene oppfatter at grensesetting og skjerming er uttrykk for frihetsberøvelse, og dermed noe som reduserer pasientens autonomi. Personalet har makt på mange måter bl.a. på grunn av plikten til å ta imot personer som innlegges mot sin vilje, og muligheten til å foreslå tvangstiltak. Selv om pasientens handlingsfrihet reduseres, mener personalet at det er omsorg som ligger bak reguleringen og grensene (dvs. maktutøvelsen) for hva pasienten tillates. En informant utalte at:

"... Jeg føler at vi strammer for mye til enkelte ganger ... av og til føler jeg det er en smerte for pasienten at det er så stramt... I ettertid kan nok pasienten se at det var nødvendig, men det hender det virker mot sin hensikt... Det er hardt å stå i for oss også ...".

Bruk av ufaglært arbeidskraft utgjør slik sett et dilemma i forhold til kompleksiteten i pasientenes problemstillinger. Bruk av skjerming og grensesetting krever fagteoretiske kunnskaper, kunnskaper om lovverk, gode holdninger og en etisk refleksjon. Hvis skjerming og grensesetting ikke kan argumenteres for faglig og etisk, vil relasjonen svekkes og dermed fungere uterapeutisk. En av informantene sa at:

"... Alt miljøpersonalet skjerner ... Mye bruk av ufaglærte på skjerming, spesielt i helgene ...".

Dette utsagnet viser at en avdeling benytter alt miljøpersonale til skjerming, og det vil måtte tilsi relativt mye bruk av ufaglærte.

Gjennom analysen synliggjøres også utfordringer knyttet til informantenes opplevelse av å komme i konflikt i skjermingssituasjonen mellom hvordan man ønsker å utføre sitt arbeide, og hva man får mulighet til å gjøre. Dette kan avhenge av flere forhold, og avvisning fra pasienten kan bli resultatet. Videre framstår røyking som en utfordring, hvor personalet i enkelte tilfeller kommer i dilemmaer mellom egne og pasientens behov. En av informantene beskriver dette slik:

"... Det er så røykfylt der, og det er ikke det at jeg ikke vil hjelpe han... Jeg prøver å få til et samarbeid.. Noen ganger blir han kjempesint og ber meg gå ... Noen ganger går det, mens andre ganger blir han værende alene...".

Dette utsagnet viser hvordan informantene ved sin væremåte forsøker å ivareta motstridende ønsker i forhold til å respektere pasienten.

Sikkerhet i en skjermingsammenheng. Sikkerhetstenkningen vises ved låste dører, personale og fordelingen av kvinner og menn i skjermingspersonalgruppe. Informantene vurderer at

tiltakene er nødvendige, og skjermingsbehandlingstiltak er ikke alltid så lett å gjennomføre i praksis; en blir stående i et dilemma mellom å representere ”systemet” samtidig som en skal arbeide individuelt mot den enkelte pasient. En av informantene utalte at:

”... Ingen pasienter er farlige hele tiden. De kan være farlige i visse situasjoner, i visse settinger ... Vi skal samtidig drive behandling og ivareta sikkerheten til både medpasienter, personale og omgivelser. Derfor er det et spenningsfelt mellom samarbeid, samhandling og autonomi ... ”.

4.3 Personalet som redskap for å trygge pasient

”Det er ikke så mye prosedyrer, men det er faktisk oss selv som mennesker som er verktøyet i de mellommenneskelige relasjonene”, sa informant.

Analysen viser at dette hovedtemaet kan deles i undertemaene *kompetanse* og *medmenneske*. Informantene forstår skjerming og behandling tverrfaglig. De vektlegger en medisinsk bakgrunn sammen med skjerming.

4.3.1 Kompetanse

Personalets faglighet. Informantene viser at det er viktig med organisering og gruppering av personalet som jobber med skjerming, og som har kunnskaper om akutt psykose. Informantene forteller at det er viktig med faglig veiledning, å bearbeide følelser, kommunisere og samhandle. Selv om personlig egnethet har stor betydning i samarbeidet med denne pasientgruppen hvor vold og utagering er mye i fokus, vil det å hjelpe pasienten til å klargjøre mål og finne livsverdier, det å ha et mål for livet sitt og å finne nye måter å mestre livet på som gir mindre lidelse og symptomreduksjon, og som gir mening og bedre livskvalitet være en vesentlig kompetanse i personalgruppen. En informant uttalte at:

”... det er viktig å ha kjennskap og erfaring, men også det å kunne bli mer bevisst på de kunnskapene man har. Tenker jeg... ”.

De kvalifikasjoner personalet mener har betydning i samarbeidet med pasienter vil dreie seg om i tillegg til personlig egnethet, kunnskap om pasienten, erfaringer med pasientgruppen og mer teoretisk kunnskap spesielt i forståelse av psykotisk atferd og angst.

Å oppleve trygghet. Informantene har gjennom ulike situasjonsbeskrivelser visst at sikkerhet er fundamentalt for å kunne opptre trygt i akutte situasjoner med fysisk utagering. For at personalet skal oppleve sikkerhet, må organiseringen oppleves som oversiktlig, forutsigbar og

kontinuerlig. I pasientens situasjon er behovet for å skape trygghet vesentlig. For i størst mulig grad å forebygge dette legges det stor vekt på at personalet som jobber sammen, er trygge på hverandre. En informant sa:

”... Det er veldig viktig at det er trygghet i avdelingen blant personalet... Det smitter over på pasientene...”.

Dette utsagnet viser at et trygt personale vil legge et godt grunnlag for at pasienten også føler seg trygg.

Et faglig ansvar for å **utarbeide en konkret skjerming** krever en bevisst strategi hvor en tar individuelle hensyn innenfor en felles struktur. Miljøfaktorer må kartlegges med utgangspunkt i hvordan ulike variabler fremmer og hemmer pasientens utvikling. I den praktiske arbeidssituasjon henter informantene inspirasjon fra flere teoretiske modeller som settes sammen til en felles forståelse. Skjerming krever at personalet som er involvert, har kompetanse i forhold til psykotiske kriser og psykoselidelser slik at de forstår den behandlingen som gis. Denne forståelsen må knyttes til symptombildet, pasientens historie, kulturbakgrunn og viktige tema i pasientens liv. I utviklingen av lidelser forstår informantene stress og sårbarhet som viktige områder. Informantene trekker frem betydningen av å ha kompetanse i forhold til når en skal utfordre, og når det heller er riktig å gi pasienten ro.

4.3.2 Medmenneske

Personalets holdninger og verdier. Arbeide med mennesker stiller grunnleggende krav til personalets medmenneskelige ferdigheter. I dette ligger å vise respekt for pasienten, og å klare å se mennesket bak det førsteinntrykket som presenteres. Psykiske lidelser vil kunne representere en utfordring fordi pasienten kan ha gjort ting som er vanskelig å forstå og forholde seg til. Pasientens handlinger kan bryte radikalt med verdier en ønsker å identifisere seg med. Holdningene kan spres fra et personale til annet personale gjennom omtale av pasienter i møter. Som en informant sa det:

”... det er ganske viktig å være reflektert over hvilket verdisyn du har, og hva slags holdninger du har til ulike ting ...”.

Informantene vektlegger at en må nærme seg pasienten som en likeverdig samarbeidspartner, men med ulik kompetanse; personale har sin fagbakgrunn og pasienten sin erfaring.

Personlig egnethet trekkes inn som en viktig kvalitet i arbeidet med skjermingspasientene.

En informant sa det slik:

*”En må vise empati, respekt og kunne ta vare på pasienten... være litt
åpen og tenke...”.*

Å ha medmenneskelige ferdigheter innebærer også å ha mellommenneskelige ferdigheter for å klare å etablere en god relasjon.

Med bakgrunn i resultatpresentasjonen videreføres studiens funn over til diskusjonskapittelet.

Der blir resultatene diskutert opp i mot teori og tidligere forskning.

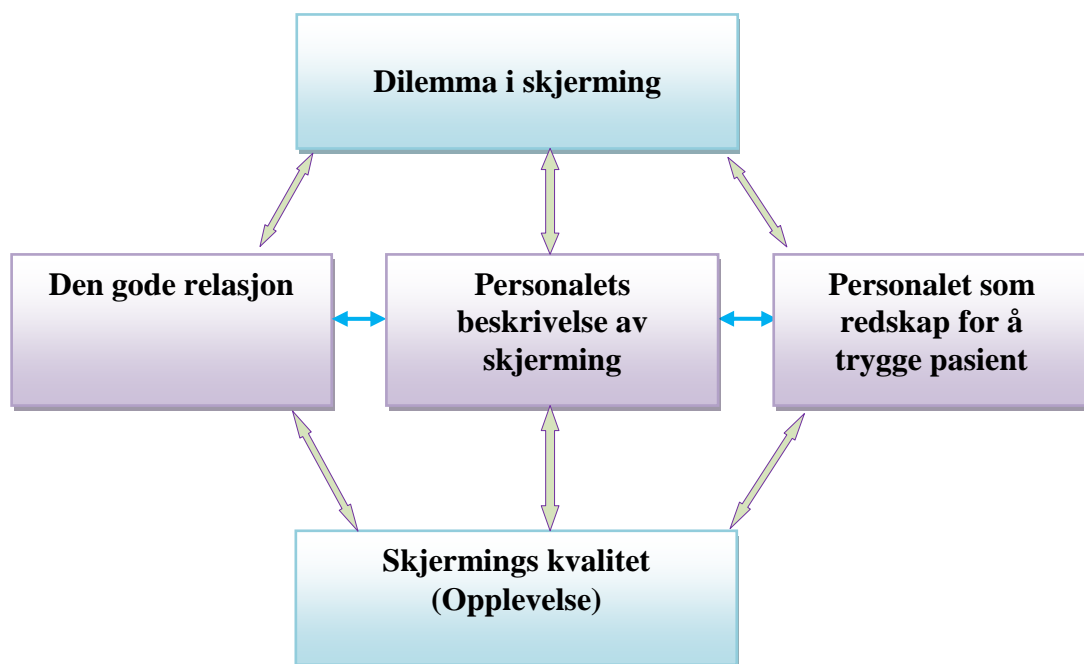
5.0 Diskusjon

Dette kapitlet inneholder diskusjon av studiens funn som blir diskutert opp i mot tidligere forskning og det teoretiske rammeverket. Kapitlet utgjør det teoretiske forståelsesnivået (Kvale, 2006).

5.1 Diskusjon av studiens funn

Analysen av materialet som kom fram i forskningsintervjuene, viser at personalet ved den akuttpsykiatriske avdelingen har et genuint ønske om å gjøre det beste for skjermingspasientene, men at spørsmålet om etiske utfordringer i arbeidet kan være konfliktfylt. Entydige svar knyttet til skjerming syntes vanskelig, men det kom klart fram at verdiene respekt, lytting, forståelse og toleranse er godt implementert i personalets innsats for å møte den enkelte pasienten innenfor et helhetsperspektiv.

Strukturen i diskusjonen tar utgangspunkt i menneskesyn, verdier og den faglige forståelsesbetydning for utvikling av gode relasjonelle forhold. Dette synes som en forutsetning for et godt samarbeid med skjermingspasientene med alvorlig psykisk lidelse. For å illustrere hvordan strukturen har sitt opphav, vil jeg vise til figur (1), som synliggjør hvordan jeg forstår at flere faktorer gjensidig påvirker hverandre, og følgelig ikke kan ekskludere hverandre.



Figur (1)

Skjerming i akuttpsykiatrisk avdelingen vil her bli gjenstand for diskusjon med utgangspunkt i de resultater som studiens empiri har gitt. Diskusjonen vil deles inn i tre deler, relatert til problemstillingen og de tema som er fremkommet gjennom analysen. De tre tema som studiens analyse gir, er: *Den gode relasjon, personalets beskrivelse av skjerming og personalet som redskap for å trygge pasient*. Alle tre temaene ses i sammenheng med skjerming i den akuttpsykiatriske avdeling. Hvert av disse tre hovedtemaene har igjen undertema og grunntema som vil utdypes nærmere gjennom diskusjonens gang.

5.1.1 Den gode relasjon

Studiens funn viser at god relasjon mellom pasient og personalet er grunnleggende i skjerming i den akuttpsykiatriske avdelingen. Det er ikke bare det som skjer med den enkelte pasient, men også det som skjer mellom pasienten og omgivelsene som har betydning. Trygghet og tillit synes fundamentalt i all samhandling mellom mennesker (Norvoll, 2007). Spesielt skjermingspasienter med alvorlig psykisk lidelse kan oppleve fortvilelse, forvirring og i mange tilfelle stor angst i sin streben etter å finne mening i egen hverdag.

Studiens funn viser at personalet er opptatt av å skape gode relasjoner og allianser med skjermingspasienter. De reflekterer over utfordringer knyttet til det å bli kjent med og forstå skjermingspasienter med alvorlig psykisk lidelse. Resultatene støtter følgelig opp under tidligere forskning som beskriver kontaktetablering (Borg og Topor 2003).

Ansaret for å utvikle gode relasjoner hviler på personalet. Deres kompetanse blir selve redskapet i behandlingen. For å kunne utvikle en god relasjon og dialog, sier personalet at en åpen holdning og det å lytte til pasienten er viktige faktorer i pasientsamarbeidet. Dette er i tråd med studier som viser at pasienter opplever relasjon mellom pasient og personalet som det viktigste ved sykehusbehandlingen (jf. Røssberg, 2005). De relasjonelle aspektene som pasienten vektla, var empati, interesse og forståelse hos personalet. Røssberg refererer også til andre studier som har funnet at kvaliteten på relasjonen mellom pasient og personale er viktig for god behandling. Å skape tillitsfulle relasjoner til denne pasientgruppen vil være en faglig utfordring, blant annet på grunn av at flere pasienter preges av mistenksomhet og kommunikasjonsvansker.

En relasjon mellom to personer representerer en dypere kontakt hvor det har utviklet seg kvaliteter, bånd og gjensidig opplevelse av å bety noe for hverandre (Bøe og Thomassen

2000). Relasjonstenkningen tar utgangspunkt i et helhetlig menneskesyn og kan forstås med utgangspunkt i Bubers beskrivelser av Jeg-Du-relasjonen (2003) og Det mellommenneskelige (1995). Schibbye (2002) påpeker at relasjoner i pasientarbeidet skapes gjennom personlige møter preget av respekt, gjensidighet og likeverd.

Gjennom intervjuene ble det uttrykt at det er personalets ansvar å etablere gode relasjoner. Informantene beskriver avvisning og tilbaketrekning som utfordringer knyttet til det å komme i posisjon. Funnene viser at trygghet og tillit, samt evne til å vise forståelse, ro og aksept var viktige faktorer for å komme i posisjon. Å komme i posisjon kan være tidkrevende, og det krever engasjement og kreativitet hos personalet. Man ser at åpenhet og evne til å ta imot fortellinger og opplevelser uten å undergrave deres innhold, synes viktig for å oppnå et godt møte. Ved at de holder ut og fortsetter å tilby, viser de at mellommenneskelige ferdigheter og faglighet er av betydning for å komme i kontaktforhold (Hammerlin og Larsen, 1997b). Tilnærming synes tuftet på et grunnsyn hvor alle er like mye verdt, uavhengig av person og lidelse, og at personalet formidler ved sin væremåte at de ønsker et likeverdig forhold med skjermingspasientene til tross for at de ser det som sitt ansvar å etablere gode relasjoner.

Slik støtter resultatene opp under Vatnes (2006) studie hvor hun beskriver tilnærming basert på faglighet i tillegg til mellommenneskelige forhold som viktig for å oppnå en terapeutisk relasjon. Slik jeg tolker resultatene i studien, er en forutsetning for gode relasjoner at personalet bruker sin helhetlige kompetanse.

Vatne (2006), støttes av studiens funn om at faglighet i seg selv ikke er nok for å oppnå gode relasjoner, men at verdier og personlige egenskaper også er av betydning. Slik utgjøres vår profesjonelle kompetanse (Hummelvoll, 2004). Den grunnleggende innstillingen en viser i møte med pasienter, og respekt for integritet og verdighet på en ekte og gjensidig måte, er viktig for å kunne møte noen i en likeverdig relasjon (Henriksen og Vetlesen, 2006). Studiens funn viser at personalet strekker seg langt for å imøtekomme skjermingspasientene og bygge holdbare relasjoner på en likeverdig måte.

Materialet vektlegger at teoretisk kunnskap må kobles med mellommenneskelige ferdigheter og personlig egnethet. Den psykiske lidelse påvirker pasientens forhold til seg selv og relasjonen til omgivelsene (Karlsson, 2004). Studien understreker hvordan menneskers samhandlingsferdigheter påvirkes når en er i en psykotisk situasjon. Personalet må derfor ha

kunnskaper om hvordan relasjoner utvikles mellom mennesker, og hvordan sårbarheten den psykiske lidelsen representerer, må tas hensyn til for å utvikle en tilpasset skjerming.

Studiens funn viser at personalet er opptatt av å skape gode relasjoner og alliansebygging med skjermingspasienter. De reflekterer over utfordringer knyttet til det å bli kjent med og få forståelse for pasientens behov og aktuelle situasjon slik at han får komme frem som person. Funnene viser at trygghet og respekt, samt evne til å vise forståelse, ro og aksept, var viktige faktorer for å kommunisere bra og å bygge allianser mellom personalet og skjermingspasienter.

Resultatene støtter følgelig opp under Borg og Topor (2003) sine studier som beskriver kontaktetablering. De tydeliggjør og videreutvikler den samhandlingskommunikasjon og relasjonskompetansen som er nødvendig for å fremme pasienttrygghet som er basis for å bygge allianser og god relasjoner (Holte, 2001).

Skjermingspasientgrupper er en sårbar med funksjonsnedsettelse på flere områder. En av disse funksjonsnedsettelsene kan være av språklig art som gjør at pasienten har vanskelig for å gjøre seg forstått. Språket til den psykotiske pasienten kan inneholde ord og begreper som har en særegen betydning og som kan vanskeliggjøre forståelsen. Her framhever informantene relasjonen til pasienten som viktig.

Materialet viser at språket har en stor betydning i relasjonsbyggingen og at dialogen skapes og utvikles. Språket til den psykotiske pasient kan inneholde ord og begreper som har en særegen betydning og som kan vanskeliggjøre forståelsen (Lorem, 2006). Bøe og Thommassen (2000) understreker at det er gjennom dialog, et felles språk kan utvikle seg. Gjennom det å skape trygghet og tillitt, vil den språklige funksjonsevnen bedres.

Materialet viser at en god situasjonsforståelse er nødvendig for å regulere avstand og nærhet. En god relasjon og allianser vil være avhengig av en god situasjonsforståelse (Vatne, 2006). Situasjonsforståelse krev innsikt i skjermingspasientssituasjonen, i hva som er menneskelige muligheter og begrensninger i situasjonen (Holte, 2003). Materialet viser hvordan det skjermingsarbeidet legges opp med fokus på en innsiktsorientert tilnærming gjennom faste møtetrakturer hvor en søker å utvikle en felles oppfatning av hvordan pasientens problemer kan forstås under skjerming. Materialet viser en slik tilnærming gjennom å regulere avstand

og nærhet, sikre kontinuitet i tilnærmingen og å være bevisst på overførings- og motoverføringsreaksjoner (Lorentzen, 1984).

5.1.2 Personalets beskrivelse av skjerming

Materialet viser at skjerming er å beskytte pasienten mot seg selv og omgivelse. Samtidig bruker personalet begrep som å støtte pasienten, der målet er at pasienten skal få en forståelse av både seg selv og de omgivelsene han er i. Samt skjerming skal hjelpe pasienten med å unngå for mange impulser når de selv ikke er i stand til å sette slike grenser. Skjerming innebærer at pasienten ikke får ta del i aktiviteten i avdelingens fellesmiljø på vanlig måte, men holdes helt eller delvis avskjermet fra resten av pasientene (Syse, 2007). Vilåårene for skjermingstiltak er at pasienten lider av sterk uro eller har utagerende atferd, og at tiltaket er nødvendig av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter. Ved å benytte skjerming får pasienten mer ro og man oppnår en reduksjon av alle inntrykk og stimuli som virker uheldig inn på pasientens aktuelle sinnstilstand (Sosial - og helsedirektoratet, 2006:14).

Gjennom intervjuene viser informantene at lovverk som sier når og hvordan personalet skal skjerme pasienter. I de nye forskriftene om skjerming er det gjort klart at pasienter har rett til medvirking, og å være med å bestemme hvordan oppfølgingen skal være under skjerming (FOR 2006-12-15 nr. 1423). Ut fra forskriftene, skal det sette avgrensing for hva slags aktiviteter disse pasientene får delta i, og de får en avgrense rett til å bestemme selv. Dette betyr at pasienten får en avgrense autonomi.

Studiens funn viser at trygghet, beskyttelse og støtte er viktig i skjermingsarbeid i den akuttpsykiatriske avdelingen. Det å beskytte og støtte vil være fundamentet for at pasienten skal oppnå en følelse av trygghet.

Etter psykisk helsevernloven § 4-3 kan pasient som lider av sterk uro eller som har utagerende atferd holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten for å ikke skade seg selv eller andre pasienter. Forskriften regulerer vilåårene for og den nærmere gjennomføringen av skjerming for å bidra til å sikre at tiltaket brukes på forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettsikkerhetsprinsipper. Videre skal forskriften bidra til å sikre at pasientens verdighet og integritet blir respektert (FOR 2006-12-15 nr. 1423 § 1).

Ut i fra informantenes uttalelser kan en utlede en forståelse av at tiltakets faglige begrunnelse (FOR § 3) finnes i anerkjente begreper som begrunner skjerming med vekt på prinsippet om beskyttelse (FOR § 5). Materialet viser at denne pasienten ble skjermet for å bli beskyttet mot å blamere seg ute på avdelingen. Ofte ble skjerming benyttet overfor pasientene med psykose, som fremstod forvirret og hallusinerte, da ut fra behandlingstenkningen om skjerming som stimulireduksjon, beskyttelse og kontinuerlig tilsyn (Norvoll, 2007).

Materialet viser at informantene anser at det å kunne skape trygghet og tillit har avgjørende betydning for samarbeidet med denne pasientgruppen. I og med at skjermingspasientgruppen i avdelingen ofte har stor grad av psykisk lidelse, medfører dette at beskyttelse, støtte og struktur er de tre miljøterapeutiske prinsippene (Brathetland m.fl. 2004, Gunderson 1978) samt egostøttende sykepleieprinsipper etter Strand (1992) som anvendes i størst grad. Dette påvirker skjerming, som ofte bærer preg av å ha en støttende funksjon for pasientens situasjon. Skjermingsmetoden er dypt integrert med innføringen av ideologien om individrettet miljøterapi (Norvoll, 2007). Skjerming skal erstatte pasientens realitetsbrist og ”indre kaotiske verden”, og personalet skal utgjøre pasientens ”hjelp-ego” (Vaglum, 1984). I tillegg blir skjerming også beskrevet som en ny tilsynsordning som skal sikre personalets kontinuerlige tilstedeværelse (Norvoll, 2007). Behandlingsformålet med skjerming er ”at pasienten så snart som mulig på ny kan fungere som en person i psykologisk forstand, gjenvinne autonomi og kontroll over seg selv og sitt forhold til omgivelsene” (Vaglum, 1984:208).

Skjerming av hensyn til andre pasienter kan også ha et fare- eller skadeavvergende formål. Dette kan særlig være tilfelle hvor pasienten utagerer i miljøet ved avdelingen. Et skjermingstiltak vil i slike situasjoner kunne forhindre at bruk av tvangsmidler blir nødvendig, jf. psykisk helsevernloven § 4-8. Skjerming vil være et mindre inngripende tiltak enn for eksempel isolasjon. Det forutsettes derfor at det skal vurderes om et skjermingstiltak vil være tilstrekkelig i en konkret situasjon, også i situasjoner med et visst element av fare.

Skjerming skal ikke gjøres mer omfattende eller inngripende enn det som er strengt nødvendig for å ivareta de hensyn som ligger til grunn for at tiltaket iverksettes, jf. psykisk helsevernloven § 4-2. Og ved bruk av skjerming skal det legges til rette for at pasienten gis så stor innflytelse på tiltaket som mulig, jf. psykisk helsevernloven § 4-2.

Materialet viser at personalet er ganske enstemmige om at pasientene opplever skjerming som tvang når de ikke får ta del i aktiviteten i avdelingens fellesmiljø på vanlig måte, mye grensesetting, korrigering og ansvarliggjøring, slik det også er beskrevet av Vatne (2003). Dette sammenfaller med Norvolls (2007) funn i sin forskning som hevder at pasientenes opplevelse av skjerming som tvang gjør at skjermingsmetoden får større likhet med isolatet enn hva skjermingsideologiene skulle tilsi. Men skjermingstiltaket oppleves forskjellig av pasientene. Norvoll (2007) trekker fram disse negative opplevelsene som pasienter har fortalt om fra erfaring med skjerming: som å være i en glattcelle i fengsel, å få straff og å kjenner seg avmektige.

Materialet viser også at grensesettingssituasjoner ofte var de vanskeligste relasjonelle situasjonene for personalet, og de var situasjonene hvor de var reddest for å bli utsatt for fysisk motstand og vold. Det å kjenne pasientens reaksjoner på grensesetting var derfor viktig for personalets trygghet. I grensesettingssituasjonen ble maktrelasjonen særlig tydelig (Vatne, 2003). Spørsmål om makt, avmakt og motmakt ble sentralt, og maktforholdet kunne få en mer dynamisk og skiftende karakter mellom pasientene og personalet (Norvoll, 2007).

Materialet viser at de fleste i personalet opplever å ha brukt sin kompetanse både når det gjelder holdninger, ferdigheter og etisk vurderingsevne med særlig vekt på respekt for pasientens integritet og verdighet. Informantene gav uttrykk for å ha utdypet sin forståelse av hvordan pasienter opplever sin situasjon og lidelse, samt det som er nødvendig for å møte pasienten som person, slik det også er beskrevet av Andersson (2000). Skjermingsenhetene vil også kunne fungere som en negativ speiling av pasientens nødvendige opplevelse av integritet og verdighet i en slik meget utsatt og sensitiv situasjon (Olofsson 2000, Myhrer 1993). Positive opplevelse i samband med tvang er knytt til menneskelig varme og respekt (Olofsson, 2000). Framtoning og væremåten til pasientene kan altså gjøre en vesentlig forskjell på opplevelsen av skjerming (Holte, 2001).

5.1.3 Personalet som redskap for å trygge pasient

Materialet viser at personalet har ansvar til å kunne gi pasientene trygghet og tillit og til vektlegging av likeverd i relasjonen. Teori på området trekker også frem lignende aspekter som sentrale. Det Hummelvoll (2004) beskriver som selvavsløring, dreier seg nettopp om det å skape et miljø som er preget av gjensidig tillit og aksept. Vatne (2006) beskriver likeverd i relasjonen som sentralt for pasientene. Vatne (2006) trekker frem gjensidig anerkjennelse som

et viktig grunnleggende prinsipp i forholdet mellom hjelper og pasient. Bekreftelse, lytting, forståelse, aksept og toleranse kan her ses i sammenheng med skjerming i den akuttpsykiatriske avdelingen.

Dette er med på å understreke betydning av at personalet og pasient møtes i et subjekt-subjekt-forhold (Vatne 2006), og at respekten og trygghet er av vesentlige betydning for hva man kan oppnå i skjermingssituasjonen. Studiens resultater er også i tråd med et slikt syn. Dette viser seg gjennom en presisering rundt det å bli godt kjent med pasienten og det å skape et tillitsforhold. Dette vil kreve at pasient og personalet forholder seg til hverandre som medmennesker og ikke med basis i rollene og funksjonene de innehar. At pasienten får en opplevelse av å bli forstått innen en empatisk ramme, er ytterligere faktorer som kan ha relevans i et slikt perspektiv (Johansson og Eklund 2003).

Materialet viser at kontinuitet i skjermingspersonalgruppen oppfattes som nødvendig for at trygghet skal utvikles. Det innebærer at fokus må være på egne holdninger. De handlingene som den enkelte pasient møtes med, avspeiler de holdninger som finnes i personalgruppen. Det å ha fokus på og reflektere rundt felles holdninger hos personalet, vil være en kontinuerlig prosess som må støttes opp av fagkunnskap (for eksempel etisk kunnskap, etisk refleksjon og kunnskap om lovverk). Holdninger knyttes opp i mot innholdet i verdiene respekt, lytting, forståelse og toleranse. Verdiene synes godt forankret i det daglige arbeidet med skjermingspasienter, og økt bevisstgjøring kan slik jeg ser det, ha hatt betydning for personalets evne til å tilstrebe gode allianser. Dette er i tråd med Barbosa Da Silvas (1998) beskrivelse av muligheten for konsistens i terapeutiske relasjoner. Ved en bio-medisinsk forståelse av psykiske lidelser og fokusering på vitenskaplig anerkjente metoder og tilnærming, synes det som om mulighetene for å oppnå relasjoner ville kunne reduseres.

I intervjuene understreker personalet betydningen av trygghet. Denne tryggheten knyttes tett opp til personlig egnethet. Et trygt personale vil legge et godt grunnlag for at pasienten også føler seg trygg. Det å forebygge aggresjon og vold handler blant annet om å tolke og forstå psykotiske symptomer, hvilke forsvarsmekanismer pasienten bruker, og om en skal bevisstgjøre pasienten dette eller ikke (Cullberg, 2006). Det handler om å vurdere avstand og nærhet til pasienten, og det handler om sikkerhetsvurderinger. I arbeid med denne pasientgruppen vil det være en forutsetning at personalgruppen har høy faglig kompetanse (videreutdanning i psykiatri) både når det gjelder formell utdanning, erfaringskompetanse og

personlig egnethet. Et miljø som er preget av mye ufaglært personale og mange ukjente vikarer, vil være med på å gjøre denne utryggheten større.

Personalet har et bred faglig grunnlag med vekt på egostøttende behandling. Materialet viser hvordan samhandling og aktiviteter i skjermingssituasjonen tilrettelegges på en spesiell måte slik at de mestres. Dette kan forstås på bakgrunn av kognitiv svikt som beskrevet av Green (1996). Studiens materiale vektlegger de samme miljøvariablene Friis (1984) fant gunstig for pasienter med en psykisk lidelse. Miljøet bærer preg av å være strukturert, støttende, beskyttende og å ha et klart program. Samtidig vektlegges det å dempe sinne og aggresjonsutbrudd for å skape et trygt miljø.

5.2 Dilemma i skjerming

Felles for pasienter med psykisk lidelse er ofte en sterk følelse av mangel på kontroll, lav selvtillit og føre til nedsatt kognitiv fungering (Cullberg, 2001). I tillegg opplever mange en hverdag med frustrasjon og fortvilelse hvor de er usikre på egen eksistens (Kringelen, 2001).

Materialet viser at pasientens selvbestemmelse blir sett til side når pasienten vært skjermet mot sin vilje og ved bruk av tvang. Det kan for eksempel ha vært nødvendig å nekte pasienten å ha kontakt med omverden ved å bruke telefon. Begrunnelse for å fatte vedtak om slike avgrensinger av pasienten sin frihet, er at pasienten kan være dårligere, og han kan skade relasjonene sine til familie og vener (FOR 2006-12-15 nr. 1423).

I skjermingssituasjoner må en vurdere om en skal være paternalistisk, som "Psykisk helsevernloven" (1999) og "Forskriftene" (2006) gir løyve til, eller om en kan bruke svak paternalisme. Det er tilstanden til pasienten som avgjør om det er paternalisme eller svak paternalisme som kom til uttrykk i personalet sitt måte å møte pasienten på. Jeg mener at en alltid først må nærme seg pasienten på en måte som kan omtales som svakt paternalistisk. Dersom dette ikke fører fram, kan det være nødvendig å iverksette tiltak som må omtales som paternalistiske. Paternalistiske tiltak kan være nødvendige om pasienten mangler evne til å tenke rasjonelt på grunn av sin psykiske lidelse.

Materialet viser at de fleste pasientene ved den akuttpsykiatriske avdelingen var preget av psykotiske gjennombrudd og et dertil kaotisk indre liv. Og skjermingstiltak i slik situasjon er nødvendig av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter (jf. phvl § 4-3).

Slike skjermingstiltak synliggjør dilemmaer hvor autonomi og paternalisme berøres, og hvor personalets makt kan være styrende for vedtak som blir fattet. Karlsson (2004) hevder at denne konflikten påvirker relasjonen mellom personalet og pasient. Materialet viser tydelig at personalet tilstreber å være oppriktig og realistisk i sin væremåte sammen med pasienter, og balanserer mellom autonomi og paternalisme. For å balansere mellom autonomi og paternalisme viser studiens funn at personlige egenskaper, faglig kompetanse og ferdigheter, og verdier må være til stede. Ved manglende kompetanse på ett av disse områdene vil antagelig opplevelsen av konsistens også forringes (Norvoll, 2007).

Materialet viser at mangel på fagutdannet personale og bruk av uerfarne og ufaglært personer utgjør slik sett et dilemma i forhold til kompleksiteten i pasientenes problemstillinger som ligger i skjermingsarbeid. Hvis skjerming og grensesetting ikke kan argumenteres for faglig og etisk, vil relasjonen svekkes og dermed fungere uterapeutisk (Vatne, 2003).

Materialet viser at det spesielt viktig å ha kunnskapen med seg inn i skjermingssituasjonen og i alle situasjoner som oppstår underveis i behandlingen. Det kan være i situasjoner som oppstår når pasienten slit med psykotiske plager og angst, og det kan være sammenhandlingssituasjoner av ulike slag. Det er viktig å ha fagkunnskap med vekt på pasienten sin tidligere historie. Kunnskaper om psykiske lidelse og opplevelse inn i skjermingssituasjonen. Kunnskapen om pasienten sin lidelse er med og bestemmer hvordan en bør forholde seg til pasienten. For eksempel kan kontrolltap hos pasienten føre til vanskelige og komplekse situasjoner, som sett krav til personalet i høve til kunnskap og forståelse. Situasjonen pasienten er i som tvangsinnlagt, Kunnskap om pasienten sin tidligere liv er viktig. Alt dette er vesentlig for å forstå pasienten best mulig, for å trygge pasienten og unngå konflikt.

Manglende kompetanse kan gjøre at en ikke tar de utviklende valgene i avgjørende situasjoner og heller blir regelstyrt og rigid i sin tilnærming. Vatne (2003) viser hvordan lav faglig utdanning kan legge grunnen for en tilnærming basert på kontroll og korrigering. Vatnes forskningsfunn er relevante i denne studien fordi dilemma som finnes i dette materialet kan forstås på bakgrunn av hennes korrigerende og anerkjennende perspektiv. Det korrigerende perspektiv representerer et ekspertperspektiv, en lineær beskrivende tenkemåte hvor mennesket endrer seg utenfra ved en ytre styring. Det anerkjennende perspektivet representerer et relasjonelt fokus som fokuserer på myndiggjøring og likeverd både av pasient

og personalet. Personalet ønsker å arbeide innenfor en anerkjennende tilnærming, i materialet er det her vi finner det verdimeslige grunnlaget.

Dilemmaene i skjerming vil påvirke de valgene som fattes. Samtidig er det min forståelse at muligheten for vekst og utvikling ligger i spenningsfeltet som disse dilemmaene representerer. Utfordringen blir å bruke dem utviklende, og ikke som et argument for ikke å utvikle skjerming og god relasjon.

Materialet viser også at kompetansen må styrkes. Det er viktig at personalet arbeider med etiske problemstillinger knyttet til behandlingen pasienter med psykiske lidelsen (Hummelvoll, 2004). Her fremstår pasientens mulige avmaktfølelse i møte med personalets faktiske makt som et etisk dilemma. Nært tilknyttet dette dilemmaet er forholdet mellom pasientens selvbestemmelsesrett (autonomi) og personalets vurderinger av hva som er til pasientens beste (paternalisme). I alt skjermingsarbeid må det foreligge en moralsk sensitivitet basert på faglig kunnskap og empatisk forståelse for pasientens behov og situasjon (Nortvedt, 2006). Han sier at etisk kunnskap og etisk refleksjon verker inn på moralsk sensitivitet på to måter:

”1-Det setter klinikerer bedre i stand til å være særlig oppmerksom på situasjoner der rettigheter ofte krenkes, eller der spesielle behov hos pasienten kommer til uttrykk. 2- Det hjelper klinikerer også til bedre å skjelle mellom situasjoner med hensyn til å se hva det er viktig å legge vekt på i de ulike tilfeller” (Nortvedt, 2006:66).

For en skal øke etisk ”bevissthet” i forhold til skjermingssituasjoner hos personalet og spesielt hos ufaglærte, må fagutvikling i større grad være prioritert. Det er nødvendig å utvikle mer kunnskap om hva det å arbeide med psykisk lidende pasienter innebærer av opplevd belastning (Hem 2000).

Resultatene synes i stor grad å besvare problemstilling og forskningsspørsmålene, og de synes også å samsvare med funn fra andre studier. Min forforståelse har på mange områder blitt bekreftet.

6.0 Konklusjon og anbefalinger

I dette kapitlet vil materialet konkluderes, og problemstilling og forskningsspørsmålene besvares. Til slutt kommer jeg med implikasjoner for praksis og anbefalinger for videre forskning.

6.1 Konklusjon

Denne studien tar utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmålene som vil undersøke hvordan personalet beskriver skjerming og betingelsene for en god relasjon i forhold til skjerming slik at pasientenes integritet og verdighet ivaretas. Hva de viktigste utfordringene personalet møter i forhold til pasienter som har et sterkt behov for skjerming, er og hvordan beskrives relasjonene mellom personalet og skjermingspasienter beskrives.

I forhold til problemstilling og forskningsspørsmålene finner studien at gode relasjoner mellom pasient og personale er en grunnleggende faktor i en virksom skjerming. I denne relasjonen vil personalets faglige kompetanse, mellommenneskelige kompetanse og personlig egnethet spille en avgjørende rolle. Resultatene viser at personalet ut i fra et humanistisk grunnsyn, med holdninger styrt av verdiene respekt, bekreftelse, lytting, forståelse, aksept og toleranse, gir et godt utgangspunkt for god relasjon.

Pasientene er i en tilstand i livet som er svært vanskelig og sårbar. Studiens funn og teoretisk bakgrunn fram holder betydning for å kunne gjøre et godt skjermingsarbeid må en være opptatt av hvordan pasienten opplever seg møtt, og hvordan en utfører dette arbeidet. Ansvar er stort på personalet i en slik situasjon. De må overprøve deler av pasienten sin autonomi, og ofte må de ta over pasienten sitt ansvar i ulike dagligdagse situasjoner. Studiens funn viser at trygghet, beskyttelse og støtte er viktig i skjermingsarbeidet i den akuttpsykiatriske avdelingen. Det å beskytte og støtte vil være fundamentet for at pasienten skal oppnå en følelse av trygghet. Materialet viser at personalet opplever å ha brukt sin kompetanse både når det gjelder holdninger, ferdigheter og etisk vurderingsevne med særlig vekt på respekt for pasientens integritet og verdighet.

Å balansere mellom autonomi og paternalisme viser studiens funn at personlige egenskaper, faglig kompetanse og ferdigheter må være til stede sammen med et bevisst verdiggrunnlag. Utfordringen ligger i pasientens situasjon, å skape trygghet og tillit som sikrer god relasjon. Det er utfordringer i forhold til hvordan man møter pasientene uten å krenke eller avvise dem. Dilemmaene som finnes i skjerming, vil påvirke valgene som fattes inngående både individ og gruppe. Materialet viser en del dilemma som kan legge hindringer for en utvikling av god relasjon. I en skjermingssituasjon må det utvikles en faglig bevissthet i forhold til hva begrensningene begrunnes i.

6.2 Implikasjoner for praksis

Skjerming i akuttpsykiatrisk avdeling krever en tverrfaglig tilnærming hvor kunnskaper fra biologi, psykologi, samfunnsvitenskap og miljøterapi spiller sammen i en helhetlig tilnærming. Innledningsvis viste jeg at skjerming står sentralt i akuttpsykiatrisk avdeling som metode. Studiens funn viser at god relasjon mellom pasient og personale er grunnleggende i skjermingsarbeidet i den akuttpsykiatriske avdelingen. God relasjon må derfor vektlegges og videreutvikles mellom personalet og pasienter. For å klare dette bedre må personalets kompetanse utvikles både faglig og mellommenneskelig, noe som må synliggjøres gjennom kurs og opplæringsprogrammer. Relasjoner er virksomme, og relasjoner krever tid (Borg og Topor, 2003). I og med at personalet er redskapet i behandling, må skjermingspersonalegruppen være bredt sammensatt for å kunne møte pasienten i akuttpsykisk krisetilstand. En helsefaglig kompetanse vil utgjøre grunnlaget. I tillegg må personlig egnethet vektlegges. Denne studien viser hvordan praksisfeltet må forholde seg til disse problemstillingene.

Dilemmaene som er vist, gjør at personalet hele tiden må foreta valg, og disse valgene påvirker de akuttpsykiatriske avdelingene som skjerner pasientene etter dem psykiske helsevernloven (phvl. § 4-3, 1999), og personalet vil ha et ansvar for å gjøre gode vurderinger rundt frihet og begrensninger.

6.3 Anbefalinger for videre forskning

Denne studien har vært sentrert rundt personalets syn, erfaringer og oppfatninger av skjerming i akuttpsykiatrisk avdeling. Dette kan gi et godt bilde av hvordan skjerming gjennomføres, men vil ha sitt utgangspunkt i en andrehåndskjennskap til virkning, opplevelse og betydning. Det ville være av stor interesse å fremskaffe førstehåndskjennskap fra pasienter som opplever skjerming. Det kan være at man da kan finne andre faktorer og aspekter som er essensielle. Ved direkte å benytte seg av pasienter som informanter kunne man fått et bedre innblikk i dette.

Videre forskning bør systematisk søke å løfte frem tidligere pasienters erfaringskunnskap både i forhold til lidelsen og om deres erfaringer knyttet til skjerming. Denne forskningsbaserte kunnskap mangler i dag. Det synes også behov for å videreutvikle det grunnleggende kunnskapsgrunnlaget og grunnleggende begreper som miljøterapi, grensesetting, korrigering og ansvarliggjøring for å underbygge en mer aktiv og anerkjennende sykepleiepraksis.

Pasientenes ulike og eventuelle negative erfaringer med skjermingsmetoden gir også grunn til å peke på behovet for mer klinisk behandlingsforskning. Brukermedvirkning kan være alternativer til skjerming, og vil være utgangspunkt for interessante studier

Litteraturreferanser

Alty A. og Mason T. (1994). Seclusion and Mental Health. A Break with the Past. London: Chapman og Hall.

Alty A. (1997). Nurses' learning experience and expressed opinions regarding seclusion practice within one NHS trust. *Journal of Advanced Nursing* no. 25: 786-793.

Andersen, A.J.W. (1997). Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi. Fagernes: Cappelen Akademisk Forlag.

Andersson M. (2000). Se Människan, I: Eriksson K., Lindström U.Å. red. (2000). Gryning, en vårdvetenskapelig antologi. Åbo: Institutionen for vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Andersen A.J. og Karlsson B. (1998). Psykiatri i endring – Forståelse og perspektiv på klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Barbosa Da Silva, A. (1998). Et holistisk paradigme for psykiatri i utvikling. I: Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Barbosa Da Silva, A. red. (2006). Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Bjørkly S. (1995). Open-area seclusion in long-term treatment of aggressive and disruptive psychotic patients, an introduction to a ward procedure. *Psychol Reports* feb.: nr 76:147-157.

Borg, M. og Topor, A. (2003). Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget.

Bratheland, O., Bloch Thorsen, G.-R. og Haaland, T. (2004). Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Bray, J. (1999). An ethnographic study of psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6, 297-305.

Buber, M. (2003). Jeg og du. Oslo. De norske Bokklubbene.

Buber, M. (1995). Det mellanmännskeliga. Ludviga: Dualis Forlag AB.

- Busch, A. (2000). Seclusion and Restraint: A Review of Recent Literature. *Harvard Reviewed Psychiatry*. Nov.: 261- 270.
- Bøe D.T. & Thommasen A. (2000). *Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltagelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cleary, M. & Edwards, C. (1999). Something always comes up: nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6, 469-477.
- Cullberg J.(2001). *Psykosier. Et integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cullberg, J. (2006). *Dynamisk psykiatri* (4. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Dahl, Alv, Ulrik Malt og Nils Retterstøl (2003). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Dalen, Monica (2004). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt*. København: Akademisk Forlag.
- Friis, Svein (1984). Hvilken kunnskap har vi om hva slags behandlingsmiljø som er gunstig for ulike typer pasienter? I: Per Vaglum, Sigmund Karterud og Jarl Jørstad red. *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri*. Kapittel 4: 45-56. Oslo: Universitetsforlaget.
- Friis, S. og Vaglum, P. (1999). *Fra ide til prosjekt – en innføring i klinisk forskning*. Oslo: Tano Aschehoug A/S.
- Emrich, K. (1989). Helping or Hurting? Interacting in the Psychiatric Milieu. *Journal of Psychosocial Nursing* 27 (12), 26-29.
- Gadamer, H.-G. and Dutt, C. (1995). *Hermeneutik, Esthetik, praktische Philosophie*. Hans-Georg Gadamer im Gespräch. Heidelberg: C. Winter.
- Green, M.F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive Deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, nr. 153: 321-330.
- Gunderson, J.G. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, Vol. 41: 327-335.

- Hammerlin, Y. (2001). Menneskesyn – i teorier om mennesket og teorier om selvmord. I: Amundsen, K, Mehlum, L. og Schjelderup, G. (red) Humanistisk – medisinske perspektiver på selvmord og forebygging. Seksjon for selvmordsforskning og - forebygging. Universitetet i Oslo.
- Hammerlin, Y. og Larsen, E.(1997a). Menneskesyn i teorier om mennesket. Oslo: Ad notam Gyldendal AS.
- Hammerlin, Y. og Larsen, E.(1997b). Menneskesyn - av betydning for arbeidet for mennesker? Nordiske udkast, (nr.2) 97-114.
- Halvorsen, Knut (1993). Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Bedriftsøkonomens Forlag A/S.
- Hatling, T. og Østbye, R. (1998). Kunnskapens kompleksitet – psykiatriens store utfordring. I: Andersen, A.J. og Karlsson, B. (red.). Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hatling, Trond, Mariann Ådnanes og Johan Håkon Bjørngaard (2002). Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001. Rapport STF78 A025017. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.
- Hellevik, O. (2003). Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hem, M.H. (2000). Vil du være min venn? En studie av dilemmaer i relasjoner mellom psykiatriske sykepleiere og psykotiske pasienter. Hovedfagsoppgave ved Universitetet i Oslo: Det medisinske fakultet, Seksjon for helsefag.
- Henriksen, J.O. og Vetlesen, A.J.,(2006). Nærhet og distanse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Holme, Idar M. og B. Krohn Solvang (1996). Metodevalg og metodebruk. Oslo: Tano.
- Holte, J. Stensland (2000). Skjerming - teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Notat nr. 2-2000.
- Holte, J. S. (2001). ”Som en livbøye i opprørt hav...” Skjerming - teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 4-2001.

- Holte, J. S. (2003). Skjerming – utvikling av en begrunnet praksis. I: Jan Kåre Hummelvoll (red.), Kunnskapsdannelse i praksis. Kapittel 6:117–146. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hubble, M.A., Miller, S.D. and Duncan, B.C. (1999). The Hearth and Soul of Change - What Works in Therapy. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Hummelvoll J.K. (1997). Helt- ikke stykkevis og delt, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Hummelvoll, J.K. (2003). Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J. K., Jensen, P., Dahl, T. E., & Olsen, P. (2004). Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Iversen, K. I., G. Høyen, S. Hal & O. K. Grønli (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 56, No. 6:433–439.
- Johansson, H., og Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Nordic College of Caring Sciences*(17), 339-346.
- Karlsson, Bengt (2004). Mani som fenomen og lidelse: pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie. Avhandling for dr.polit.-graden. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag.
- Kielberg, P. og A. Jensen (2003). Prosjekt skjerming i Region Nord. Riskov: Utdannelsesadelen Psykiatrien i Århus Amt.
- Kringlen, E. (2001). Psykiatri. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Kristoffersen, K. (1998). Pårørende og søsken i psykisk helsevern. Hermeneutisk metode, søskens opplevelse, pårørendesamarbeid. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kristoffersen, K. (2002). Det tredje øret. I: Bjørk, I.T., Helseth, S. og Nortvedt, F. (red.). Møte mellom pasient og sykepleier. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. (2006). Det kvalitative forskningsintervjuet. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Lendemeijer B. & Shortridge-Baggett L. (1997). The Use of Seclusion in Psychiatry: A Literature Review. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, Vol. 11, No. 4.

Lorem G. (2006). Samspill i psykisk helsearbeid. Forståelse, kommunikasjon og samhandling med psykisk syke. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Lov av 2. juli 1999, nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (den psykiske helsevernloven), (trådt i kraft 1. januar 2001), samt forskrifter. Oslo: Cappelen akademiske forlag.

Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. nr 65, 2005–2006. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Lorentzen S., von Krogh G., Island T.K. (1984). Problemer knyttet til skjerming av urolige pasienter. Art. i: Vaglum P., Karterud S., Jørstad J. (red.): *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

Løkensgard, Ingebjørg (1977). *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mathiesen, J. Robbie og Per Føyn (red.) (2002). *Gjennombruddsprosjektet psykiatri. Bruk av tvang*. Den norske lægeforenings tidsskriftserie for leger: utdanning kvalitetssikring. <http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=10226>.

McGihon N.N. (1999). Psychiatric Nursing for 21st Century. The PACED Model. *Journal of Psychosocial Nursing*, 37(10): 22-27.

Myhrer A.L. (1993). Prosjektrapport: Pasienters erfaringer med skjerming i et psykiatrisk sykehus – akuttpost. Sanderud Sykehus: Internt notat, ikke publisert.

Møgelsvang, S. og Dalsgaard, A. (2006). Magtutøvelse i klinisk praksis. *Klinisk sygepleie* 20. årgang, nr. 2: 42-48.

NESH (2006): *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.

Nortvedt, P. (2006). Etisk skjønn og moralsk dømmekraft. I: Slettebø, Å. og Nortvedt, P. (red.) Etikk for helsefagene. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Norvoll, R. (2007). Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter. Avhandling for dr. polit.graden. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Oslo: Universitetet i Oslo.

NOU 1988:8 Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke. Oslo: Den kongelige sosial og helsedepartement.

Odelstingproposisjon nr.11 (1998–99). Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven). Oslo: Stortinget, Sosialkomiteen 1999.

Odeltingsproposisjon nr. 65 (2005–2006). Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Oloffson, B. (2000). Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. New Series No 655. Umeå: Umeå Medical Dissertation Department of Nursing and the Department of Clinical Sciences, Division of Psychiatry, Umeå Universitet.

Poulsen, H., L.Søndergård, C. Hansen og A. Lindhardt (2005). Psykiatriske patienters oplevelse af ophold i skærmede enheder. Ugeskrift for Læger, Vol. 167, No. 5:509– 513.

Røssberg, J. I. (2005). Relasjoner mellom pasienter og stab. Hva fremmer et gunstig behandlingsresultat? I: Opjordmoen, S., Vaglum, P. og Thorsen, G.-R. B. (red) Oss i mellom. Om relasjonenes betydning for mental helse. Hertervig Forlag, Stavanger.

Sosialdepartementet. Rundskriv I-1035/83 av 15. juli 1983 om sykehusloven og lov om psykisk helsevern. Forskrift om begrenset adgang til bruk av tvangsmidler og forbud mot korporlig refselse innen psykisk helsevern.

Sosial- og helsedirektoratet (2006), Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Strand, Liv (1992). Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Schibbye, A.L., (2002). En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie. Oslo: Universitetsforlaget.

Svindseth, M. F., A. A. Dahl og T. Hatling (2007). Patients experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards. *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol. 61, No.1: 47-53.

Syse, Aslak (2007). Psykisk helsevernloven. Lov 2. juli nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, kommentarutgave med forskrifter, 2 rev. Utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sørhaug, Hans C. (1977). Ansatte og innsatte på et psykiatrisk sykehus: makt, gjensidighet og ansvar. Hovedoppgave i sosialantropologi. Oslo: Universitetet i Oslo.

Sørgaard, Knut W. (2004). Patients' perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention study. *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol. 58, No. 4:299–304.

Thagaard, Tove (2003). Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist Eline (2003). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori. Bergen: Fagboklaget.

Vaglum, Per, Sigmund Karterud og Jarl Jørstad, J. (red.) (1984). Institusjonsbehandling i moderne psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget.

Vatne, S. (2003). Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost. Avdeling for dr. polit. – graden. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap. UiO.

Vatne, S. (2006). Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wynn, R. (2003). Staff attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university Psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol 57, No. 6:453–459

Wynn, R. (2004). Restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. Avhandling (dr.med.). Tromsø. University of Tromsø, Department of Clinical Psychiatry, Institute of Clinical Medicine

Aaslestad, Petter (1997). Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler. Gaustad 1890–1990. Oslo: Tano Aschehoug

Nettsider

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20061215-1423.html>

http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00010/Tiltaksplan_for_redu_10902a.pdf

<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-062-004.html#4-3>

Vedlegg

Vedlegg nr. 1: Forespørsel til akuttseksjonslede.

Vedlegg nr. 2: Informasjonsskriv til informanter.

Vedlegg nr. 3: Samtykkeerklaring

Vedlegg nr. 4: Intervjuguide.

Vedlegg nr. 5: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Vedlegg nr. 6: Svar fra REK.

Vedlegg 1: Forespørsel til akuttseksjonsleder

Forespørsel til akuttseksjonsleder ved xxxxx

Hanan Koleib

..... den.17.01.08

P.B. xxxx

E-post: xxxx

Akuttseksjonsleder ved spesialavdeling for voksne

Forespørsel om å få gjennomføre en intervjuundersøkelse av 6-8 psykiatriske sykepleiere/ miljøterapeuter ved akuttseksjonen ved spesialavdeling voksne.

Jeg er mastergradstudent i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv ved Universitetet i Stavanger. Mine veiledere på mastergradsoppgaven er Anne Norheim, førstelektor i sykepleievitenskap, og biveileder Alice Kjellebold, professor i helse- og sosialrett ved Universitetet i Stavanger, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for helsefag.

Temaet for denne masteroppgaven er *skjerming i akuttpsykiatriske avdelinger*.

Problemstillingen min lyder som følge: Hvordan beskriver personalet skjerming og betingelse for en god relasjon i forhold til skjerming slik at pasientenes integritet og verdighet ivaretas? Hensikten med studien er å peke på noen utfordringer personalet møter i sitt daglige arbeid med skjermete pasienter. På denne måten skal dette være et bidrag til å skape en større forståelse for betydningen av god relasjon til skjernet pasient, slik at både skjernet pasienten og personalet kan få det best mulig sammen.

For å finne ut av dette planlegger jeg å gjennomføre en intervjuundersøkelse blant 6 til 8 erfarne psykiatriske sykepleiere/ miljøterapeuter som alle arbeider ved akuttpsykiatriske avdelinger med skjernet pasientgruppe.

Jeg vil med dette søke om tillatelse til å intervju 6-8 erfarne psykiatriske sykepleiere/ miljøterapeuter ved akuttseksjonen ved spesialavdeling for voksne. Intervjuet vil ta ca 1- 11/2 time for hver enkelt, jeg ber om intervjuene foregå på et kontor på den akuttpsykiatriske

avdelingen, og jeg ber samtidig om tillatelse til at dette kan skje i arbeidstiden, og tiden blir vi enige om.

Jeg vil herved opplyse at jeg har taushetsplikt, og opplysninger som kommer frem vil bli anonymisert. Intervjuet er frivillig, og intervjupersonene kan trekke seg når de måtte ønske det. Hvis jeg får positiv tilbakemelding på denne forespørselen, vil jeg ta kontakt med en Psykiatrisk sykepleier som skal være min kontaktperson ved akuttseksjonen. Hun/han vil få i oppgave å plukke ut informanter/intervjupersoner som hun mener kan gi meg de svar jeg er på utkikk etter. Når disse intervjupersonene eventuelt takker ja, får jeg navn og adresse og skriver selv til den enkelte. Selve undersøkelsen kan starte i februar 2008.

Studien er meldte til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og godkjent av personvernombudet.

Jeg ser frem til samarbeidet, og håper på en positiv respons på denne henvendelsen.

Med vennlig hilsen

Hanan Koleib

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informanter

Informasjonsskriv til Informanter

Hanan Koleib

Stavangerr, den. 17.01.2008

P.B. xxxxxx

xxxxxxxxxx

Informant

Akuttpsykiatrisk avdelingen

Forespørsel til helsepersonellet om å delta i et intervju i forbindelse med min Mastergradsoppgave.

Takk for at du sa ja til å være informant.

Jeg er mastergradsstudent i 2. året på masterstudiet i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv ved Universitetet i Stavanger. Mine veiledere på mastergradsoppgaven er Anne Norheim, førstelektor i sykepleievitenskap, og biveileder Alice Kjellebold, professor i helse- og sosialrett ved Universitetet i Stavanger, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for helsefag. Jeg skal dette året skrive min masteroppgave, og det er i den forbindelse jeg søker informanter som kan bidra med data til masteroppgaveprosjektet mitt. Temaet for denne masteroppgaven er **skjerming i akuttpsykiatriske avdelinger**. Problemstillingen min lyder som følge: Hvordan beskriver personalet skjerming og betingelse for en god relasjon i forhold til skjerming slik at pasientenes integritet og verdighet ivaretas? Hensikten med studien er å peke på noen utfordringer personalet møter i sitt daglige arbeid med skjermete pasienter. På denne måten skal dette være et bidrag til å skape en større forståelse for betydningen av god relasjon til skjernet pasient, slik at både skjernet pasienten og personalet kan få det best mulig sammen. For å finne ut av dette planlegger jeg å gjennomføre en intervjuundersøkelse blant 6 til 8 erfarne psykiatriske sykepleiere/ miljøterapeuter som alle

arbeider ved akuttpsykiatriske avdelinger med skjermet pasientgruppe. Jeg er ikke ute etter riktig eller gale svar, men beskrivelser fra dine hverdagsopplevelse i forbindelse med skjerming. Men din bakgrunn og erfaring vil du kunne gi meg viktig opplysninger som vil danne et grunnlag for å gi svar på min Problemstilling. Det er ønskelig at du som informant skal føle deg fri til å si hva du tenker og erfarer omkring temaet. For å sikre dette blir intervjuene anonymisert.

Jeg kommer til å bruke digital opptaker for å kunne gjengi opplysningene korrekt. Deltagelsen er frivillig under hele prosessen, og du kan trekke deg når som helst uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg bli slettet.

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen juni 2008.

Intervjuet vil ta ca 1-1 1/2 time: intervjuene vil foregå på et kontor på den akuttpsykiatriske avdelingen, og tiden blir vi enige om. Selve undersøkelsen kan starte i februar 2008.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, skriver du under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg snarest mulig. Jeg vil da ta kontakt med deg.

Hvis det er noe du lurer på, kan du ringe meg på **xxxxxxx**, eller sende en e-post til **xxxxxxx**. Du kan også kontakte min veileder Anne Norheim ved Institutt for helsefag på telefonnummer **xxxxxxx**, eller biveileder Alice Kjellevold ved Institutt for helsefag på telefonnummer **xxxxxxx**.

Studien har vurdert og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Jeg ser frem til samarbeidet, og håper på en positiv respons på denne henvendelsen.

Med vennlig hilsen

Hanan Koleib

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring**Deltagelse i et kvalitativt intervju i forbindelse med Mastergradsoppgave**

På bakgrunn av den informasjon jeg har fått skriftlig, ønsker jeg å delta i denne undersøkelsen. Jeg er kjent med at intervjuet er et ledd i et Mastergradsarbeid, ved masterstudium i helse og sosialfag med fokus på brukerperspektiv ved universitetet i Stavanger. Jeg er forespurt om dette fordi jeg innehar erfaring, kunnskap og synspunkter som har betydning for studiet. Jeg er informert om at jeg til en hver tid har rett til å trekke meg hvis jeg ønsker det. Intervjuet vil finne sted i min arbeidstid. Jeg vet at all informasjon som jeg gir vil bli anonymisert både i forhold til oppbevaring og fremstilling i oppgaven.

Sted og dato: _____

Signatur: _____

Telefonnummer: _____

PS: Samtykke erklæring sendes til Hanan Koleib i vedlagt konvolutt

Hvis flere spørsmål, kontakt meg på telefon: xxxxxxx eller e-post : xxxxxxx

Vedlegg 4: Intervjuguide

Intervjuguide***Introduksjons og generellspørsmål***

- Hvor lenge har du arbeidet med skjermet pasienter?
- Jobbet med skjermet pasienter hele tiden?
- Jobbet med andre pasienter?
- Begynt som psykiatriske sykepleier/ miljøterapeuter?
- Kan du fortelle hvordan skjermingen gjennomføres?
- Hva legger du i betydning av begrepet og begrunnelsen for skjerming?
- Diskuteres skjerming som tiltak i avdelingen?
- Hvem avgjør at skjerming brukes, hvem evaluerer?
- Hvem av personalet deltar i skjermingen?
- Hva er den gode organiseringen omkring skjermingen?
- Hva oppfatter pasienten som årsaker til skjerming?

Informasjon om å være på skjerming

- Hvordan er det å være på skjerming?
- Hvilken pasientgruppe har størst utbytte av skjerming?
- Hva er det ved skjerming som er gunstig sett fra pasientens side?
- Alternativer til skjerming?
- Hjelper skjerming alle pasienter?
- Kan skjerming være uheldig eller skadelig?

Tanke og følelse

- Hvilke tanker og følelser har pasienten i forhold til sin skjermet?
- Hva opplever du i relasjonen til pasienten?

- Hva slags følelser får du i møte med pasienten?
- Hva tror personalet om pasientens opplevelse av å bli skjermet?
- Hvis du er redd, hva er du redd for? Hva ville ha hjulpet deg til å bli trygg?
- I hvilken grad oppleves skjermingsoppgavene som meningsfulle for deg?
- Er pasienten engstelig og redd for deg i skjermingssituasjonen?
- Hva er din personlige opplevelse av å delta i skjermingsarbeidet?

Etiske utfordringer i arbeidet

- Hva særpreger det første møtet med en ny skjermet pasient?
- Hva legger du spesielt vekt på for å få kontakt?
- Hvordan viser du respekt?
- Hva opplever du som etiske utfordringer?
- Hvordan gode relasjoner skapes og hvilke betingelser som må være tilstede for de gode relasjoner mellom personalet og skjermet pasienter?
- Hvilke strategier anvendes i arbeidet med skjermet pasienter i forhold til avdelingens miljø og relasjonsarbeid?
- Hva mener du kunne bedre kvaliteten av skjermingen for personalet og for pasienter?

Avsluttende spørsmål

- Hva vil du si er det mest positive ved å arbeide med skjermet pasienter?
- Er det noe du vil tilføye?

Vedlegg 5: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Anne Norheim
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
4036 STAVANGER

Vår dato: 10.01.2008

Vår ref :17900 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.11.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

17900	<i>Skjerming i akuttpsykiatriske avdelinger</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Norheim</i>
Student	<i>Hanan Koleib</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hanan Koleib, Postboks 735 Madla, 4090 HAFRSFJORD

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svanva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

17900

Personvernombudet finner at behandlingen kan finne sted med hjemmel i personopplysningsloven § 8 første ledd (samtykke).

Informasjonsskrivet til deltakerne vurderes som tilfredsstillende utformet.

Opplysningene skal lagres konfidensielt i prosjektperioden, og navn på deltakerne skal i datamaterialet erstattes med en kode som viser til en navneliste. Navnelisten (koblingsnøkkelen) skal oppbevares atskilt fra lydopptak og øvrige opplysninger.

Når resultatene skal presenteres skal det ikke være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner.

Ved prosjektslutt 30.06.2008 skal datamaterialet anonymiseres. Dette innebærer at direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger skal slettes eller omskrives. Koblingsnøkkel og lydopptak skal slettes/makuleres.

Vedlegg 6: Svar fra REK

ikke fremleggingspliktig

Arne Salbu

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest)

Tlf: 55 97 84 98 (dir), 55 97 50 00 (sentr)

Postadr: Postboks 7804, 5020 Bergen.

Besøksadr: Haukeland Universitetssykehus, Sentralblokken, 2. etg. rom 4617

From: Hanan Koleib [mailto:xxxxxxxxxxxx]

Sent: Wednesday, November 14, 2007 9:08 AM

To: Arne Kristian Salbu

Subject: Forespørsel om behov for vurdering av forskningsprosjekt

Hei

Jeg ønsker en uttalelse fra dere om følgende prosjekt er fremleggingspliktig ved REK .

En prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv til informanter og samtykke erklæring, kommer i filvedlegg

Håper på svar om hvordan jeg skal forholde meg videre. På forhånd takk for hjelpen.

Med vennlig hilsen

Hanan Koleib